

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1929

THÈSE

N°

171

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

Edouard STOCLET

Né le 12 janvier 1903, à Ors (Nord)

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

TRAITEMENT PAR L'ÉMÉTINE
DES ABCÈS DU POUMON
D'ÉTIOLOGIE DISCUTABLE

Président : M. le Professeur BEZANÇON

PARIS

LIBRAIRIE M. LAC

ÉDITEUR

26, rue Monsieur-le-Prince (VI^e Arr.)

1929

171

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1929

THÈSE

N^o

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

Edouard STOCLET

Né le 12 janvier 1903, à Ors (Nord)

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

TRAITEMENT PAR L'ÉMÉTINE DES ABCÈS DU POUMON D'ÉTIOLOGIE DISCUTABLE

Président : M. le Professeur BEZANÇON

PARIS

LIBRAIRIE M. LAC

ÉDITEUR

26, rue Monsieur-le-Prince (VI^e Arr.)

1929

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen

M. ROGER.

I. — Professeurs

Anatomie.
Anatomie médico-chirurgicale.
Physiologie.
Physique médicale.
Chimie organique et chimie générale.
Bactériologie.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.
Pathologie et Thérapeutique générales.
Pathologie médicale.
Pathologie chirurgicale.
Anatomie pathologique.
Histologie.
Pharmacologie et matière médicale.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.
Thérapeutique.
Hygiène.
Médecine légale.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.
Pathologie expérimentale et comparée.

MM.
ROUVIERE.
CUNEO.
ROGER.
STROHL.
DESGREZ.
LEMIERRE.
BRUMPT.
MARCEL LABBE.
N.
LECENE.
ROUSSY.
CHAMPY.
TIFFENEAU.
M. VILLARET.
LÖEPER.
TANON.
BALTHAZARD.
MENETRIER.
RATHERY.

Clinique médicale.

CARNOT.
BEZANÇON.
ACHARD.
WIDAL.
LEREBoullet.
NOBECOURT.
H. CLAUDE.
GOUGEROT.
GUILLAIN.
TEISSIER.
L. BERNARD.
DELBET.
HARTMANN.
LEJARS.
GOSSET.
TERRIEN.
LEGUEU.
COUVELAIRE.
BRINDEAU.
JEANNIN.
J.-L. FAURE.
OMBREDANNE.
VAQUEZ.
SEBILFAU.
DUVAL.
SERGENT.
BRANCA.

Hygiène et clinique de la première enfance.
Clinique des maladies des enfants.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.
Clinique des maladies du système nerveux.
Clinique des maladies infectieuses.
Clinique de la tuberculose.

Clinique chirurgicale.

Clinique ophtalmologique.

Clinique urologique.

Clinique d'accouchements.

Clinique gynécologique.

Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.

Clinique thérapeutique médicale.

Clinique oto-rhino-laryngologique.

Clinique thérapeutique chirurgicale.

Clinique propédeutique.

Professeur sans chaire.

II. — Agrégés en exercice

MM.

ABRAMI. Pathologie médicale.
ALAJOUANINE. Neurologie et psychiatrie.
AUBERTIN. Pathologie médicale.
BASSET. Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN. Pathologie médicale.
BINET. Physiologie.
BLANCHETIERE. Chimie biologique.
BROCO. Pathologie chirurgicale.
BRULÉ. Pathologie médicale.
CADENAT. Pathologie chirurgicale.
CHABROL. Pathologie médicale.

MM.

CHIRAY. Pathologie médicale.
CLERC. Pathologie médicale.
DOGNON. Hygiène.
DEBRÉ. Physique.
DONZELOT. Pathologie médicale.
DUVOIR. Médecine légale.
ECALLE. Obstétrique.
FIESSINGER. Pathologie médicale.
GARNIER. Pathologie expérimentale.
GATELLIER. Pathologie chirurgicale.
GIROUD. Histologie.



MM.	
HARVIER. . . .	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER. . .	Urologie.
HOVELACQUE. . .	Anatomie.
HUTINEL. . . .	Pathologie médicale.
JOYEUX. . . .	Parasitologie.
LABBÉ HENRI. . .	Chimie biologique.
LARDENNOIS. . .	Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE. . . .	Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX. . . .	Anatomie pathologique.
LEVY-SOLAL. . .	Obstétrique.
LHERMITTE. . .	Pathologie mentale.
LIAN.	Pathologie médicale.
MATHIEU. . . .	Pathologie chirurgicale.
MERCIER F. . . .	Pharmacologie.
METZGER. . . .	Obstétrique.

MM.	
MONDOR. . . .	Pathologie chirurgicale.
MOURE. . . .	Pathologie chirurgicale.
MULON. . . .	Histologie.
OBERLING. . . .	Anatomie pathologique.
OLIVIER. . . .	Anatomie.
PHILIBERT. . . .	Bactériologie.
QUENU. . . .	Pathologie chirurgicale.
RICHEL Fils. . .	Physiologie.
SEZARY. . . .	Dermatologie et syphili- graphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur). . . .	Pathologie médicale.
VAUDESCAL. . .	Obstétrique.
VELTER. . . .	Ophthalmologie.
VERNE. . . .	Histologie.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.	
BUSQUET. . . .	Pharmacologie.
GUENIOT. . . .	Obstétrique.
LEQUEUX. . . .	Obstétrique.

MM.	
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
RETTNER. . . .	Histologie.
ZIMMERN. . . .	Physique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique à titre permanent

MM.	
AGGLAVE. . . .	Clinique chirurgicale.
AUVRAY. . . .	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU. . . .	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE.	Clinique médicale.
LE LORIER. . . .	Clinique obstétricale.

MM.	
LERI.	Clinique médicale.
MOCQUOT. . . .	Clinique chirurgicale.
PROUST. . . .	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ. . . .	Clinique chirurgicale.

V. — Chargés de cours

MM. MAUCLAIRE, agrégé.	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.	Education physique.
LEDoux-LEBARD.	Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ.	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Témoignage de profonde affection
et de grande reconnaissance.

A MES GRAND-PARENTS

A MON ONCLE ET A MA TANTE

MEIS ET AMICIS

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR LAEDERICH

Médecin de l'Hôpital Necker

Chevalier de la Légion d'Honneur

Qu'il veuille bien accepter ici le témoignage de notre reconnaissance pour l'enseignement qu'il nous a donné dans son service et les conseils que sans cesse il nous a prodigués.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BEZANÇON

Membre de l'Académie de Médecine

Professeur de Clinique médicale à l'Hôpital Saint-Antoine

Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine

Officier de la Légion d'Honneur

Qu'il veuille bien accepter l'hommage respectueux de notre gratitude pour l'honneur qu'il nous fait en présidant notre thèse.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage :

- M. LE PROFESSEUR GILBERT, Hôtel-Dieu (*In Memoriam*).
- M. LE PROFESSEUR HARTMANN, Hôtel-Dieu.
- M. LE DOCTEUR OKINZIC, professeur agrégé, Hôtel-Dieu.
- M. LE PROFESSEUR LÉON BERNARD, Hôpital Laennec.
- M. LE DOCTEUR ALGLAVE, professeur agrégé, Hôtel-Dieu.
- M. LE DOCTEUR DEBRÉ, professeur agrégé, Hôpital des Enfants-Malades.
- M. LE PROFESSEUR GUILAIN, Hôpital de la Salpêtrière.

External :

- M. LE DOCTEUR CAPETTE, Hôpital Boucicaut.
- M. LE DOCTEUR DESMARET, professeur agrégé, Hôpital de Boulogne.
- M. LE DOCTEUR GEORGES LABEY, Hôpital Lariboisière.
- M. LE DOCTEUR LAEDERICH, Hôpital Necker.
- M. LE DOCTEUR CATHALA, Hôpital Saint-Louis.
- M. LE DOCTEUR DEBRÉ, professeur agrégé, Hôpital Beaujon.

TRAITEMENT PAR L'ÉMÉTINE DES ABCÈS DU POUMON D'ÉTIOLOGIE DISCUTABLE

INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion d'observer à l'Hôpital Necker, dans le service de notre Maître le Docteur LAEDERICH, un cas d'abcès du poumon d'étiologie discutable et nous avons été frappé de la guérison rapide de cette affection par le chlorhydrate d'émétine.

Nous avons recherché s'il n'existait pas des cas analogues dans la littérature médicale.

Notre étude aura donc pour but de contrôler la valeur de l'émétine dans les cas d'abcès pulmonaires où, la preuve étiologique n'étant pas faite, aucune directive thérapeutique ne s'impose plutôt qu'une autre ; dans les cas où, après une plus ou moins longue expectative, bien souvent l'intervention sanglante ou le pneumothorax artificiel sont le dernier et bien faible espoir de salut.

Nous rechercherons, en outre, s'il n'a pas été observé d'abcès pulmonaires d'étiologie nettement déterminée, non amibiens, où l'émétine a amené la guérison.

Cette courte étude apportera peut-être quelques précisions dans la thérapeutique de cette affection grave.

Nous tenons à remercier particulièrement notre Maître, le Docteur LAEDERICH, de l'obligeance avec laquelle il nous a facilité cette étude, des conseils qu'il n'a cessé de nous prodiguer et de l'orientation qu'il a donnée à ce travail.

CHAPITRE PREMIER

Historique

On connaissait depuis longtemps la valeur de l'ipéca dans la dysenterie amibienne, lorsque, pour éviter les inconvénients qu'il présentait (nausées, vomissements), il vint à l'idée de lui substituer son alcaloïde : l'émétine.

Les premiers essais de la médication émétinienne furent faits en 1871 par ECCLES et quelques auteurs anglais qui employèrent avec succès l'alcaloïde de l'ipécacuanha comme médicament anti-amibien ; malgré des résultats encourageants, l'émétine ne tarda pas à tomber dans l'oubli.

En 1902, WILD reprit l'émétine, mais ce traitement tomba rapidement en discrédit.

C'est en 1912 que les expériences de WEDDER sur l'action des sels d'émétine, montrèrent qu'ils fournissaient un véritable spécifique de l'amibiase intestinale et hépatique ; et la même année, les remarquables observations recueillies par ROGERS aux Indes vinrent confirmer les expériences de WEDDER : ROGERS substitua le chlorhydrate d'émétine aux fortes doses d'ipéca, à « l'ipéca à la

Brésilienne » dans le traitement des hépatites dysentériques ; il supprimait ainsi l'état nauséux et les vomissements provoqués par l'ipéca à hautes doses, et il put contrôler à l'autopsie les résultats obtenus : il conclut à la guérison définitive de ces amibiases par l'émétine.

C'est à M. le Professeur CHAUFFARD que revient l'honneur d'avoir introduit en France cette nouvelle médication qui devait par la suite transformer complètement la thérapeutique antiamibienne : en effet, M. le Professeur CHAUFFARD présentait à l'Académie de Médecine, dans sa séance du 25 février 1913, un cas remarquable d'abcès du foie ouvert dans les bronches et guéri par l'émétine. Il s'agissait d'un malade ayant présenté un an auparavant, en mars 1911, au Maroc, une dysenterie traitée par divers médicaments ; en juin 1912, il rejetait par la bouche quelques crachats de pus chocolat ; la vomique se reproduisit chaque jour plus ou moins abondante jusqu'à l'institution du traitement émétinien ; en même temps, le malade maigrissait, son état général s'altérait, il entraît alors à Saint-Antoine en vue d'une intervention chirurgicale. Il présentait à son entrée les signes des plus nets d'une amibiase hépato-bronchique. M. CHAUFFARD se résolut alors à essayer avant toute intervention sur ce malade le nouveau traitement de ROGERS. Les résultats furent stupéfiants : dès le premier jour du traitement, l'expectoration tomba de un demi-litre à 150 grammes et ne cessa de décroître ; en outre, dès la deuxième injection, elle devenait moins hémorragique et les deux jours suivants elle prenait la coloration jaune verdâtre d'une expectoration purulente banale ; par ail-

leurs, la température tombait dès le deuxième jour au-dessous de 37°; la leucocytose passait, en vingt-huit jours, de 49.000 à 19.800 ; la radiographie, la courbe de poids achevaient de montrer que le malade était complètement guéri. Ainsi, en cinq jours, disparaissait une fistule hépato-bronchique qui durait depuis cinq mois ; c'était bien là la preuve de la valeur spécifique de l'émétine dans l'amibiase.

Les travaux de M. CHAUFFARD déclanchèrent bientôt une série de recherches sur les différents emplois de l'émétine. C'est ainsi que les applications de la médication émétinienne firent l'objet de nombreuses communications qui montraient surtout l'heureuse action de l'émétine dans les affections où jusqu'alors l'ipéca avait été préconisé, et particulièrement dans les affections aiguës et chroniques du poumon, dans les hémoptysies et les hémorragies digestives, comme antihémorragique.

Elles émanaient de FLANDIN qui, en 1913, obtint des résultats remarquables en traitant les hémoptysies par l'émétine ; des travaux analogues de MM. JOLTRAIN, Léon BERNARD et LESNÉ confirmaient ces résultats ; MM. RÉNON, Félix RAMOND et Jacques DURAND firent connaître, l'un l'action bienfaisante de l'émétine dans les pneumonies et broncho-pneumonies, les autres son efficacité dans les bronchites aiguës et chroniques. Dans la pneumonie et la broncho-pneumonie, selon RENON, elle amenait une sédation nette des signes fonctionnels, surtout de la dyspnée ; souvent même elle modifiait favorablement la courbe thermique ; les râles devenaient rapidement plus gros et plus humides, l'expectoration augmentait. De

même, dans les bronchites aiguës et chroniques, MM. Félix RAMOND et DURAND obtenaient des résultats appréciables : diminution de la dyspnée et de la toux, expectoration plus abondante, chute de la température.

Enfin, MM. RÉNON, JOSUÉ et BELLOIR pratiquaient avec succès la médication émétinienne dès 1913, dans les hémorragies digestives et particulièrement dans celles survenant au cours de la fièvre typhoïde.

Bien que les résultats obtenus dans ces affections fussent satisfaisants, jamais ils ne se montrèrent aussi rapides et aussi complets que dans l'amibiase ; la communication de M. CHAUFFARD imposa bientôt l'émétine dans toutes les manifestations de l'amibiase et, dès 1913, VALENCE, à l'hôpital de Cherbourg, Jean BAUR et PLISSON, médecins de la marine, LEROY DES BARRES, d'Hanoï, dans une observation rapportée par MORESTIN, et surtout DOP-TER et PAURON, signalaient de nombreux cas d'abcès du foie guéris par la médication émétinienne.

La même année, M. CHAUFFARD rapportait un nouveau cas d'hépatite amibienne traitée avec succès par l'émétine et la ponction évacuatrice, et l'année suivante, le 16 janvier 1914, il présentait à la séance de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris un cas d'abcès dysentérique du foie ouvert dans les bronches et guéri par l'émétine.

Depuis, maintes observations semblables ont été rapportées : il s'est agi le plus souvent d'abcès hépatiques, mais parfois aussi d'abcès pulmonaires, soit consécutifs à une amibiase hépatique, soit beaucoup moins fréquemment d'abcès pulmonaires amibiens primitifs, soit

enfin d'abcès du poumon d'origine indéterminée, guéris par l'émétine (et ces derniers constituent l'objet de notre étude).

Nous signalerons d'abord les observations publiées d'abcès amibiens du foie ouverts dans les bronches et guéris par l'émétine. Nous avons déjà indiqué celles de M. CHAUFFARD en 1913 et 1914 ; nous relaterons celle de M. TUFFIER, présentée à la Société de Chirurgie le 19 novembre 1913, celle rapportée par MM. BEZANÇON et Etienne BERNARD, en 1927, d'un « volumineux abcès amibien du foie ouvert dans les bronches, ayant par son début simulé une pneumonie et par les vomiques une suppuration pulmonaire, guéri par l'émétine et le novarsénobenzol » ; enfin celle de MM. J. HALLÉ et MOLLARET, en 1927, sur l'ouverture dans les bronches d'un abcès amibien du foie, au cours d'un traitement par l'émétine, ouverture suivie de guérison.

Il existe d'autre part dans la littérature médicale des observations d'abcès pulmonaires coexistant avec une amibiase hépatique ou la suivant à intervalle de temps plus ou moins long et traités avec succès par l'émétine.

Nous signalerons quelques-unes de ces observations très caractéristiques : OFFERLÉ, dans sa thèse de 1928, relate le cas de NORONKA qui, en 1914, traita avec succès un abcès hépato-pulmonaire. En 1923, MM. PISSAVY-BRÉGER et CHABRUN en rapportent un nouveau cas et la même année M. LECLERC, de Lyon, guérissait rapidement un cas analogue. Le cas de MM. CAUSSADE et TARDIEU, en 1925, est particulier : le traitement éméтинien fut bien suivi d'une amélioration passagère, mais le malade mou-

rut par la suite au cours d'une ponction ; il s'agissait d'un abcès amibien gangréneux compliqué de pneumothorax. En 1928 enfin, OFFERLÉ rapporte dans sa thèse un cas observé par MM. MOREAU et CÉLICE, qui semble bien devoir être un abcès du pòumon consécutif à une amibiase hépato-digestive.

En outre, de nombreux cas d'abcès amibiens primitifs du pòumon (sans abcès du foie) ont fait l'objet de maintes communications, et le traitement éméтинien a fait merveille ; tels les cas de :

MM. RAMOND, DENOYELLE et LAUTMANN, en 1923 ; M. CORDIER, de Lyon, en 1923 ; M. TRABAUT, la même année ; MM. VEDEL-PUECH et SICARD, M. LEMAIRE, M. VIALARD et PAPONNET, en 1924 ; MM. MOREAU et HILLEMAUD en 1928 (rapporté dans la thèse de OFFERLÉ).

De l'exposé de ces nombreux cas d'abcès amibiens hépato-pulmonaires ou pulmonaires purs guéris par les sels d'émétine se dégage cette déduction : l'émétine semble être la médication spécifique de l'amibiase comme la quinine l'est dans le paludisme ; bien plus, certaines observations d'abcès pulmonaires ont été rapportées, où le seul argument étiologique est l'action immédiate et rapide de l'émétine, aucun antécédent, ni dysentérique, ni hépatique ne venant confirmer l'hypothèse d'abcès amibiens du poulmon.

Sur ce seul test thérapeutique, sur ce « traitement d'épreuve », certains auteurs tendent à les classer parmi les abcès pulmonaires amibiens autonomes, où la localisation pulmonaire est la première et l'unique manifestation morbide de l'amibiase.

Nous avons collecté ces quelques observations et nous nous proposons de rechercher dans notre travail la valeur de cette hypothèse et l'intérêt qu'il y a à pratiquer le traitement émetinien dans les cas où la preuve amibienne n'est pas faite. Autrement dit, nous nous posons ces deux questions :

1°) Ces abcès pulmonaires sont-ils amibiens ?

2°) Doit-on traiter par l'émétine les abcès du poulmon d'étiologie discutable ?

Pour répondre logiquement à ce questionnaire, nous indiquerons tout d'abord quelle est la symptomatologie des abcès amibiens du poumon, sur quels éléments on se base pour en faire un diagnostic de certitude ; puis nous étudierons les différentes observations qui prêtent à discussion ; enfin, nous tenterons de tirer les conclusions pratiques issues de cette courte étude.

CHAPITRE II

Étude clinique des Abscès amibiens du Poumon

L'abcès amibien du poumon a une symptomatologie assez variable d'un cas à l'autre ; mais dans la règle elle se rapproche de la description suivante :

Début brutal dans les formés aiguës, le plus souvent chez un *ancien colonial* ayant contracté une *dysenterie* plus ou moins nette, parfois cependant chez un sujet n'ayant jamais quitté la France. L'affection survient plus ou moins longtemps après l'épisode dysentérique ; le plus souvent un à deux ans après. Un point de côté thoracique siégeant presque toujours à la *base droite*, une dyspnée notable, une fièvre modérée marquent ce début. Et dès ce moment il existe chez certains malades une toux pénible ; chez d'autres elle n'apparaît qu'au bout de quelques jours.

L'expectoration manque généralement au début ; ou bien elle apparaît et ne tarde pas à devenir visqueuse, glaireuse et sanguinolente. Des *hémoptysies* parfois répétées ou une expectoration sanglante sont en effet fréquentes dans cette affection dont elles peuvent marquer le début.

Notons que dans les formes subaiguës ou chroniques, l'affection débute de façon insidieuse, avec état subfébrile, malaises, aspect pseudo-tuberculeux que vient parfois confirmer une hémoptysie.

A l'examen, peu de signes physiques : quelques râles de bronchite disséminés, un peu de submatité, une respiration légèrement soufflante à la base du côté atteint.

Cet état persiste plus ou moins longtemps, en général huit à dix jours pendant lesquels les signes physiques se modifient qui traduisent bientôt la formation d'un bloc pleuro-pulmonaire : matité, souffle tubaire, bronchophonie, pectoriloquie aphone ; ou bien encore : matité, respiration soufflante, abolition du murmure vésiculaire.

Bientôt se manifeste l'ouverture dans les bronches caractérisée par la *Vomique* :

Elle se produit du sixième au neuvième jour, parfois plus tôt dans les formes aiguës, souvent plus tard dans les formes chroniques (NATTAN-LARRIER). Elle est variable en volume : de quelques centimètres cubes à un demi-litre. Elle peut être unique ou se répéter plusieurs fois (SIMONIN) ; elle peut même être quotidienne (NATTAN-LARRIER). Elle peut être massive ou fractionnée et en imposer alors pour une expectoration purulente banale. La vomique massive se rencontrerait dans les deux tiers des abcès amibiens, dans un tiers seulement des abcès non amibiens.

Le pus est épais et sanglant, mais il n'a pas toujours l'aspect du pus amibien caractéristique : « consistant, plongeant sous forme de stalactites jaunes, crémeuses et épaisses, dans un liquide rosé, placé au-dessus d'un

magma, ressemblant à de la viande hachée.» (CAUSSADE et TARDIEU). Il peut être épais, verdâtre, non fétide, strié de quelques filets de sang. Deux caractères surtout, lorsqu'ils existent, permettent d'affirmer la nature amibienne du pus :

1°) *La couleur chocolat ;*

2°) *L'absence de germes secondaires* et en particulier de bacilles de KOCH.

Le pus amibien est remarquablement amicrobien, à moins qu'il ne se soit infecté secondairement ; il perd alors sa coloration (cas de MM. CAUSSADE et TARDIEU).

On ne peut même pas dépister d'amibes dans le pus expectoré ; il n'en existait pas dans les cas de NATTAN-LARRIER, CORDIER, MARION, LEMAIRE. Certains auteurs (BUNTING, SIMONIN, BABLET) en ont trouvé dans les parois de l'abcès.

A l'examen des selles, il est exceptionnel de trouver des amibes et des kystes, sauf dans les cas où il existe des lésions intestinales en évolution.

Dès que l'abcès s'est ouvert dans les bronches, des signes généraux apparaissent : température à 39° ou 40°, état général aggravé, asthénie, amaigrissement.

Les signes physiques sont alors ceux des abcès du poumon en général, mais les cas ne sont pas rares où aucun changement ne se produit dans les signes physiques, même après la vomique ; on les a vus même diminuer et disparaître.

La radiologie apporte de précieux renseignements :

Avant la vomique, on constate une ombre homogène

plus ou moins étendue, sans limites bien précises, mais localisée presque toujours à la base droite.

Après la vomique, c'est l'image d'une cavité pulmonaire : zone arrondie ou ovalaire avec niveau liquide et cavité aérique ; cavité pulmonaire d'ailleurs bien limitée par une ombre très dense (PAISSEAU et SALOMON), séparée de l'ombre hépatique. Parfois cependant on trouve tout simplement une ombre uniformément grise, sans caractères spéciaux (KOURILSKY). Souvent aussi il se manifeste une réaction pleurale plus ou moins intense masquant l'image hydro-aérique de l'abcès.

L'évolution de l'abcès amibien du poumon est bien différente suivant qu'il est abandonné à lui-même ou traité par la médication anti-amibienne ; c'est même là un caractère qui le différencie de l'abcès pulmonaire non amibien, lequel aboutit parfois à la guérison spontanée. L'abcès amibien, au contraire, ne guérit jamais ; sans traitement, il aboutit à la mort à plus ou moins longue échéance.

Non traité, l'état général s'aggrave ; la toux devient incessante ; l'expectoration se fait de plus en plus abondante, le point de côté et la dyspnée augmentent ; le tableau clinique traduit une véritable « phthisie amibienne » avec asthénie, amaigrissement, teint terreux, fièvre à grandes oscillations et mort.

Traité par les anti-amibiens, surtout par l'émétine, l'évolution tourne court : dès le premier jour, parfois, l'expectoration diminue, devient moins sanglante ; l'état général se relève, la température baisse, l'appétit renaît,

le poids augmente. En outre, les signes d'auscultation et l'image radiologique diminuent, puis disparaissent : tels les cas rapportés dans notre historique.

Nous signalerons cependant quelques cas où la guérison fut longue et traînante : tels celui de MM. MOREAU et HILLEMAUD, signalé dans la thèse de OFFERLÉ. Mais finalement, malgré la durée de la suppuration, la guérison s'est produite avec restitution *ad integrum* du parenchyme pulmonaire.

CHAPITRE III

Observations d'abcès du poumon d'étiologie discutable traités et guéris par l'émétine Commentaires sur ces observations

Nous venons de rappeler les caractères cliniques généraux des abcès amibiens du poumon. Nous allons maintenant exposer une série d'observations se rapportant à des abcès du poumon guéris par l'émétine, mais dont la nature amibienne est discutable.

Nous commenterons chacune d'elles en recherchant les caractères cliniques qui les rapprochent ou les éloignent de la description que nous avons faite des abcès amibiens du poumon.

PREMIÈRE OBSERVATION

Rapportée par MM. Brulé et Hillemaud, le 7 novembre 1924

ABCÈS DU POUMON GUÉRI PAR L'ÉMÉTINE

C..., 16 ans, cultivateur, entre le 4 octobre 1923, à Cochin, dans le service du Professeur WIDAL. Enfant assisté épileptique. *Aucun autre antécédent*, sauf un épisode aigu étiqueté

congestion pulmonaire, en 1923 (mai). N'a jamais quitté la France.

Brusquement, le 3 octobre 1923, à 17 heures, frissons répétés et claquements de dents, céphalée.

Examiné vingt-quatre heures après le début : température à 40°, pouls à 120, 25 respirations par minute. Point de côté *droit* intense. Tousse, mais ne crache pas.

Auscultation : quelques râles sibilants disséminés dans tout le poumon droit. Hémoculture négative.

Dans la nuit du 5 au-6 : 36 heures après le début : *vomique*. Rejette 150 cm³ d'un pus épais, *verdâtre*, non fétide, strié de quelques filets de sang. Au microscope : purée de cocci et de bacilles prenant et ne prenant pas le Gram. Pas de bacilles de Koch. Les cultures ne décèlent aucun germe particulier.

Malgré cette vomique, la température reste en plateau entre 40 et 41°. Les signes d'auscultation ne permettent toujours pas de préciser le siège du foyer pulmonaire. Aussi, malgré l'état grave, on pratique le 6 octobre une radioscopie qui montre à la base du poumon droit une ombre arrondie, régulière, autour de laquelle le parenchyme pulmonaire garde sa transparence normale. Cette ombre est nettement distante du bord supérieur du foie. L'hémidiaphragme droit est immobile. Le 8 octobre, apparaissent à la base droite des signes cavitaires : souffle et gargouillements. L'expectoration est peu abondante, la température reste à 40°. L'état général est grave. Il existe une diarrhée importante.

Un examen de sang révèle 16.200 globules blancs avec 84 % de polynucléaires.

Présenté à la clinique le 8 octobre, le diagnostic d'*abcès du poumon* est certain.

La gravité de l'état général impose une intervention immédiate par le pneumothorax artificiel.

Mais, connaissant les observations antérieures d'abcès amibiens primitifs du poumon, nous pratiquons une injection sous-cutanée de 0 gr. 08 d'émétine avant de tenter le pneumothorax.

Or, le soir même (injection pratiquée à midi), la tempéra-

ture est tombée à 37°, l'état général est déjà amélioré. On surseoit au pneumothorax.

Cinq nouvelles injections de 0 gr. 06 d'émétine, puis de 0 gr. 04, sont pratiquées et sont parfaitement supportées.

La température oscille pendant quelques jours entre 37°,5 et 38°, puis redevient normale. L'expectoration se tarit progressivement.

La radioscopie permet de suivre la rétrocession, puis la disparition de l'ombre correspondant à l'abcès. L'état général s'améliore rapidement, l'appétit revient. La diarrhée a disparu en vingt-quatre heures. Le malade quitte le service complètement guéri le 12 novembre.

Les auteurs se sont livrés à une enquête approfondie : ils n'ont trouvé aucun antécédent d'amibiase : le malade n'a jamais été, dit-il, en contact avec un dysentérique. Il n'a jamais présenté de troubles intestinaux et hépatiques. Les amibes ont été recherchées en de multiples occasions dans les crachats et dans les selles ; ces recherches sont toujours demeurées négatives. La rectoscopie pratiquée a montré une muqueuse normale.

Commentaires

Voici donc une affection à début brutal commençant comme une pneumonie ou une pleurésie et ne donnant pendant trente-six heures que quelques sibilants ; trente-six heures seulement après ce début apparent se produit une vomique de pus verdâtre striée de quelques filets sanguins et contenant une flore microbienne abondante ; la vomique n'amène pas la sédation des signes généraux, mais des signes cavitaires apparaissent ; la radioscopie décèle, à n'en pas douter, un abcès du poumon : *est-il amibien ? Y a-t-il des arguments qui font soupçonner l'amibiase ?*

1°) Il n'existe aucun antécédent dysentérique ;

2°) Le malade n'a jamais quitté la France.

Ces deux arguments plaident beaucoup contre le diagnostic d'amibiase ; mais il faut bien savoir que maintes observations d'amibiase hépatique ou pulmonaire ont été rapportées où l'antécédent dysentérique a fait défaut ou est passé inaperçu.

Le début brutal est fréquent dans l'abcès amibien du poumon, mais toutes les affections pulmonaires aiguës ont aussi un début brutal. La localisation à droite a déjà plus de valeur et l'on sait que l'abcès amibien du poumon siège le plus souvent à droite. Il n'a été rapporté que deux ou trois observations d'abcès amibiens du poumon gauche (JOSSEKAND, BABLET, MÉNARD et STÉPHANI, etc...). Quant à la vomique, elle semble bien précoce ; peut-être l'abcès était-il latent depuis un certain temps et une infection surajoutée en a-t-elle précipité la rupture ; cette hypothèse n'est pas impossible, car l'examen du pus ayant révélé l'existence d'une flore microbienne abondante et variée, il est permis de supposer que celle-ci, toujours absente dans les abcès amibiens purs, est la conséquence d'une infection de l'abcès primitivement amicrobien ; cette hypothèse expliquerait d'autre part la présence d'un pus verdâtre, et non « chocolat » comme dans les abcès non infectés.

A propos de l'existence de cette flore microbienne abondante, nous signalerons que celle-ci n'a de réelle valeur que si l'expectoration a été lavée et débarrassée de sa salive.

Enfin, dans les abcès non amibiens, on constate assez

souvent après la vomique une sédation rapide des signes fonctionnels et généraux, une chute de la température, une diminution de la dyspnée, un « mieux » général ; au contraire, dans l'observation précédente, l'affection a continué de s'aggraver après la vomique, comme cela se voit toujours dans les abcès amibiens du poumon. Ceci est d'ailleurs un bien faible argument en faveur de l'amibiase, puisque nombre d'abcès pulmonaires non amibiens s'aggravent malgré la vomique. Quant à la radioscopie, elle n'a fait que confirmer le diagnostic d'abcès pulmonaire.

Bref, en faveur de l'amibiase, on doit retenir : la localisation à droite, l'exagération de tous les signes fonctionnels et généraux malgré la vomique ; ces deux signes ont bien peu de valeur, et rien ne permet en réalité de porter le diagnostic d'amibiase ; c'est en désespoir de cause que le traitement émétinien a été pratiqué.

L'épreuve a été remarquablement concluante : alors que rien ne permettait de soupçonner l'amibiase, l'émétine a fait merveille : il faut bien admettre qu'il s'est agi probablement d'un abcès amibien, car comment expliquer autrement un résultat aussi rapide et aussi complet ? L'action favorable de l'émétine dans les affections pulmonaires non amibiennes semble certaine, mais jamais elle n'a produit, en quelques heures, des modifications heureuses aussi importantes que dans le cas de MM. BRULÉ et HILLEMAND.

DEUXIÈME OBSERVATION

Rapportée par MM. P.-E. Weil et Lamy, le 17 octobre 1924

UN CAS D'ABCÈS AMIBIASIQUE GUÉRI PAR L'ÉMÉTINE

M. B..., 36 ans, égoutier, entre à l'Hôpital Tenon, salle Montyon, le 31 mai 1924, pour toux, point de côté et fièvre ; la maladie a débuté *brutalement* sept jours auparavant, imposant l'arrêt du travail. Lors du premier examen, le 1^{er} juin, nous nous trouvons en présence d'un homme vigoureux, peu amaigri, le visage coloré ; il est dyspnéique (52 respirations par minute).

La percussion du thorax est douloureuse en avant, à la hauteur de la région mammaire et dans le dos, au niveau de la pointe de l'omoplate. En avant, sonorité normale des deux côtés ; en arrière, *submatité très nette de toute la moitié inférieure de l'hémithorax droit*. Vibrations vocales diminuées dans la même région.

Auscultation : remarquablement peu de renseignements : tout au plus légère diminution du murmure vésiculaire dans la moitié inférieure de l'hémithorax droit et dans la même zone, après la toux, quelques sons crépitants. Pas de retentissement de la toux, par de souffle, pas de modification de la voix.

Quelques crachats muco-purulents ressemblant à ceux d'une bronchite banale.

Bruits du cœur bien frappés ; pouls à 100 ; température à 39°,4 ; urines non albumineuses : 1 litre par 24 heures.

Foie et rate de volume normal.

Le lendemain, mêmes symptômes : on pratique une ponction exploratrice qui ramène quelques centimètres cubes d'un liquide louche contenant quelques polynucléaires altérés, mais pas de germes.

Le 3 juin : ébauche de « crise » : le malade est pris de sueurs abondante, la température tombe à 38°,5 ; la diurée atteint 1.500 gr. Mais les signes physiques restent les mêmes.

L'état du malade demeure sensiblement stationnaire les jours suivants, mais le 6 juin, il a une véritable *vomique fractionnée* et rejette dans la journée 150 cm³ de crachats purulents qui, à l'examen, renferment remarquablement peu de germes : très rares cocci prenant le gram. Recherche de bacilles de Koch négative.

Ce jour-là, les signes physiques demeurent à peu près les mêmes : matité, silence respiratoire de la base droite, pas de souffle ni bruits humides.

La *radioscopie*, pratiquée le 8 juin, montre dans l'hémi-thorax droit, entre la 2^e côte et le 4^e espace, une image claire entourée d'un cercle sombre ; la partie toute inférieure de l'image est complètement opaque et limitée en haut par une ligne de niveau horizontale : il s'agit avec certitude d'une cavité contenant quelques centimètres cubes de liquide.

On porte alors le Δ d'abcès du poumon, et le lendemain 9 juin, on fait une tentative de pneumothorax artificiel qui ne peut être réalisée. Le surlendemain, nouvelle tentative sans succès. Cependant, l'état du malade demeure stationnaire. La température oscille entre 38° et 39° ; il continue à tousser et à expectorer chaque jour entre 75 et 100 cm³ de crachats purulents, contenant peu de microbes. Les signes physiques et radiologiques sont les mêmes.

Le caractère amicrobien de l'expectoration et le souvenir de la communication faite l'an dernier par MM. L. RAMOND, DENOYELLE et HAUTMAN nous font envisager le diagnostic d'abcès amibien.

Le malade, interrogé, nous apprend qu'il a séjourné quatre mois en Algérie en 1919 et y a présenté une crise de diarrhée durant plusieurs jours et guérie spontanément. Depuis, il n'a jamais été malade, sauf en janvier 1924, où il a été immobilisé dix jours pour « congestion pulmonaire » avec point de côté droit et hémoptysie. N'a jamais souffert du foie.

Pas d'amibes dans les crachats à plusieurs reprises. Ni amibes ni kystes, mais des œufs de tricocéphales dans les matières fécales.

L'examen du sang a donné :

Glob. rouges : 4.000.000.

Hémoglobine : 88 %.

Valeur globulaire : 1,1.

Glob. blancs : 8.400.

Poly. neutrophiles : 76,5.

Poly. éosinophiles : 2.

Grands et moyens mono : 19.

Lympho : 2,5.

Malgré les renseignements assez peu concluants et le résultat négatif de nos recherches, le malade est mis, le 12 juin, à l'émétine à la dose de 0 gr. 04 par jour.

Or, dès le début du traitement, nous sommes frappés d'une amélioration manifeste : la fièvre, qui oscillait entre 38° et 39°, tombe en trois jours entre 37° et 38° ; le malade se sent mieux, la toux diminue et la quantité des crachats tombe de moitié en quelques jours.

Après dix jours de traitement, le malade est tout à fait apyrétique. Il ne tousse presque plus et n'expectore, en vingt-quatre heures, que deux ou trois crachats muco-purulents. Les signes physiques ont presque complètement disparu : légère submatité de la base, et à l'écran il subsiste seulement une tache opaque de 2 cm. sur 2.

A ce moment, l'émétine est remplacée par trois injections de novarsénobenzol (0 gr. 15, 0 gr. 30, 0 gr. 45). La guérison se complète alors très rapidement et le 6 juillet, le malade quitte le service complètement guéri. Le malade a été revu plusieurs fois depuis à l'écran : la guérison est confirmée.

Commentaires

Cette observation diffère bien peu de la précédente : même début brutal, même imprécision des signes physiques pendant une semaine ; même localisation à droite.

Cependant, quelques éléments sont à retenir qui orientent plus que dans le cas précédent vers le diagnostic d'amibiase :

1°) Le malade a séjourné cinq ans auparavant pendant quatre mois en Algérie ;

2°) Il y a présenté une crise de diarrhée ;

3°) Une vomique fractionnée s'est produite le treizième jour ; vomique faite de pus presque amicrobien, mais non « chocolat », n'amenant d'ailleurs pas la rétrocession des signes fonctionnels et généraux.

Quoique la recherche des amibes dans l'expectoration se fut montrée négative, il était raisonnable de soupçonner l'amibiase, car les trois arguments précisés plus haut, surtout le dernier, orientaient beaucoup vers le diagnostic d'abcès amibien du poumon.

L'épreuve thérapeutique a apporté la confirmation de ce diagnostic hésitant en amenant une guérison rapide, à la fois clinique et radiologique.

TROISIÈME OBSERVATION

Présentée par MM. Dargein et G.-R. Doré, le 3 avril 1925

AMIBIASE PULMONAIRE GAUCHE PURE GUÉRIE PAR L'ÉMÉTINE ET LE STOVARSOL

X..., 43 ans, second-maître, entre à l'Hôpital Sainte-Anne le 22 décembre 1924, pour congestion pulmonaire double. Trois jours avant, il aurait eu un frisson et une lipothymie, puis une expectoration rougeâtre, dont il ne précise autrement ni la nature, ni la quantité.

On constate des signes de pneumonie localisés à la partie inférieure du poumon gauche avec un point de côté à la base gauche ; le sujet ne tousse ni ne crache. Aucun signe à droite. La fièvre modérée oscille autour de 38°,5. Urines peu abon-

dantes avec traces d'albumine, excès d'indican et d'urobiline ; pas de pigments biliaires. Le 27 décembre, on constate des signes de pleurésie réactionnelle et, une ponction exploratrice ramène, le 28, du liquide citrin dont la formule cytologique est la suivante :

Cellules endothéliales : 60 %.

Polynucléaires neutrophiles : 25 %.

Lymphocytes : 15 %.

Le 28 décembre, alors qu'il n'y a aucune expectoration depuis celle signalée précédemment, le malade émet des crachats sanglants rouge brique, sans bacilles de Koch, mais flore microbienne banale sans prédominance d'espèces.

Le 31 décembre, l'expectoration est brique foncée, couleur chocolat, et on note la réapparition d'un souffle tubaire à la base du poumon gauche. La *radioscopie*, pratiquée le même jour, montre, outre un épanchement pleural masquant la base et le sinus, une ombre opaque ovalaire à grand axe oblique de haut en bas et de dehors en dedans, à contours nets, paraissant plutôt pulmonaire, semblant correspondre à une tumeur ou à une collection enkystée ; son bord inférieur reste à deux travers de doigt au-dessus du dôme diaphragmatique.

Dès le 1^{er} janvier, on institue un traitement émétinique à 0 gr. 08 par jour pendant quatre jours et à 0 gr. 04 pendant quatre autres jours, soit au total 0 gr. 48 d'émétine ; et quarante-huit heures après le début des injections, on note une absence totale d'expectoration et la chute de la température. Tension artérielle au Vaquez, 12,5 et 8 ; elle baisse au cours du traitement à 10 et 7,5. L'expectoration, examinée une deuxième fois, montre une flore buccale banale ; pas de réaction leucocytaire, et malgré la précocité de l'examen, ni amibes, ni mycélium. Les signes stéthacoustiques persistent, toujours limités à gauche : souffle tubaire sur la largeur d'une paume de main, en dedans de la pointe de l'omoplate, avec quelques râles crépitants fins. Les selles moulées ne renferment (à divers examens) ni kystes, ni amibes, ni parasites, même après réactivation à deux reprises. Foie normal, non

douloureux ; rate non percevable. La formule sanguine, pratiquée le 3-janvier, donne :

Globules rouges : 3.200.000.

Globules blancs : 14.000.

Polynucléaires neutrophiles : 76 %.

Lymphocytes : 12 %.

Mononucléaires : 12 %.

Dans la nuit du 11 au 12 janvier, quatre jours après cessation du traitement émétinique, le malade est repris d'une petite vomique peu abondante d'un liquide brun rougeâtre, non sanglante, sans élévation thermique concomitante, sans point de côté, ni dyspnée. L'examen chimique montre une forte proportion de sang. On recherche s'il s'agit d'une vomique sucrée de provenance hépatique possible, mais les chiffres trouvés : pour le sucre 0 gr. 20 %, pour la cholestérine 0 gr. 25 %, ne sont pas concluants, car ils semblent provenir de la présence de sang constaté. Une analyse bactériologique montre : absence de cellules hépatiques, de réaction leucocytaire, de cristaux de CHARCOT-LEYDEN, existence d'une flore variée et banale. Dès la réapparition de l'expectoration, on recommence des injections d'émétine à 0 gr. 04 et, dès le lendemain, la vomique a cessé complètement.

Les signes stéthoscopiques s'atténuent progressivement et, le 19, on note la disparition du souffle et la diminution des râles. A l'écran, la zone opaque de l'abcès est moins nette et moins sombre ; le sinus a repris une légère clarté, mais le diaphragme est relativement peu mobile. La tension au Pachon est 14-8. Les bruits du cœur sont normaux et réguliers.

Le 3 février, après une accalmie de trois semaines, le malade expectore le matin, au réveil, quelques crachats chocolat (une douzaine environ) suivis le lendemain de quatre à cinq crachats moins foncés. On n'y trouve ni amibes, ni spirochètes, ni cellules hépatiques ou pulmonaires ; les germes, peu abondants, sont représentés par un diplobacille du groupe Friedländer. On ne trouve du côté pulmonaire que quelques râles crépitants fins s'entendant dans la même zone jusque sur la ligne axillaire postérieure, mais pas de souffle.

L'émétine est reprise dès le 3, à la dose de 0 gr. 08, et a les mêmes et rapides heureux résultats, puisque l'expectoration cesse dès le lendemain ; on continue les injections à la dose quotidienne de 0 gr. 04 jusqu'au 8 février. On complète son action par l'administration de comprimés de stovarsol à la dose de 0 gr. 50 par jour, du 9 au 16, puis du 23 février au 3 mars. Quand le sujet sort, à la date du 10 mars, on ne constate plus de signes stéthoscopiques au niveau du poumon gauche. La radioscopie ne révèle plus l'aspect de poche intraparenchymateuse, mais seulement une séquelle pleurale de la base gauche, avec voile homogène de pachypleurite, effacement du sinus, adhérence du diaphragme en dehors et mobilité en dedans. L'expectoration ne s'est plus reproduite et l'état général s'est amélioré, le poids passant de 52 à 58 kilos.

Commentaires

Dans ce cas, un premier point particulier est à signaler : il s'agit d'un abcès pulmonaire gauche et l'on sait la rareté de la localisation à gauche des abcès amibiens du poumon ; quelques cas seulement ont été observés, et nous les avons signalés précédemment.

Autre particularité : il y a réaction pleurale concomitante, et le fait est loin d'être rare.

Quant au début de l'affection, il est moins brutal que dans les cas précédents, mais il est cependant assez précis et, comme cela a été souvent constaté, il se manifeste par une hémoptysie.

L'expectoration rouge brique, puis « chocolat », apparaît le neuvième jour ; elle contient une flore banale ; par sa coloration et sa pauvreté en microbes, malgré l'absence d'antécédents nets (le malade aurait cependant séjourné à Corfou en 1919) et d'amibes dans les crachats,

l'hypothèse d'amibiase se présente à l'esprit et la radioscopie, qui décèle l'existence d'un abcès pulmonaire, fait penser à l'abcès amibien. Il est dès lors logique d'instituer un traitement émétinien qui doit lever les doutes : le résultat est radical ; en quarante-huit heures, l'expectoration disparaît et si plus tard, malgré ce « mieux » apparent, les signes stéthacoustiques ne se modifient pas, si quatre jours après la cessation du traitement émétinien une vomique réapparaît, c'est vraisemblablement parce que ce traitement n'a pas été suffisamment prolongé : le malade a été traité seulement huit jours et n'a reçu en tout que 0 gr. 48 d'émétine. Nous en donnons pour preuve les résultats obtenus en reprenant le traitement ; il a suffi de continuer l'émétine pour obtenir un nettoyage pulmonaire rapide et complet, tant stéthacoustique que radiologique.

A n'en pas douter, il s'est agi d'un abcès amibien du poumon gauche.

QUATRIÈME OBSERVATION

*Rapportée par MM. Lemierre et R. Kourilsky
le 20 janvier 1928*

UN CAS D'ABCÈS AMIBIEN DU POU MON CONFONDU AVEC UNE
PLEURÉSIE INTERLOBAIRE ET GUÉRI PAR L'ÉMÉTINE

M. Morv..., 45 ans, cuisinier. Examiné pour la première fois le 28 mars 1927. Était déjà atteint depuis trois mois de troubles pulmonaires. En décembre 1926, pour la première fois, point de côté de la base droite, avec un peu de fièvre ; douleur peu violente, mais tenace ; sensation de grande fatigue. Le

malade ne toussait ni ne crachait : on porta le diagnostic de congestion pulmonaire « de la base droite » et celui-ci parut se confirmer par l'apparition progressive d'une petite toux et d'une expectoration muqueuse, puis muco-purulente banale, sans trace de sang ni de fétidité.

Mais si l'affection pulmonaire semblait dépourvue de gravité, elle s'avéra bientôt d'une ténacité anormale.

De semaine en semaine, elle persista sans la moindre ébauche de résolution, sans un caractère nouveau.

La fièvre continuait, irrégulière, atteignant parfois 39°, mais fixée la plupart du temps à l'entour de 38° ou 38°,5, accompagnée de sueurs et de frissons, d'amaigrissement régulier, quoique l'appétit fut conservé. Deux mois passèrent dans cette incertitude. Aucun examen bactériologique ni radiologique ne fut pratiqué.

Brusquement, fin janvier 1926, se produisit une vomique : le malade rejeta un liquide plus épais que les crachats quotidiens, inodore, sans saveur spéciale, mais d'une teinte rouge vineuse. Mais il ne constata pas directement la présence de sang. Cette vomique fut isolée et modérée dans son volume.

Aucun détail ne put nous être donné sur les résultats des examens qui furent faits au moment de la vomique, ni sur les signes d'auscultation qui furent constatés. Le malade, pendant les trois semaines qui suivirent, fut soumis à une série d'injections quotidiennes sous-cutanées dont il ignore la nature, mais à la suite desquelles il se serait trouvé physiquement amélioré ; néanmoins, avant l'issue de la série, il fut pris d'une nouvelle vomique semblable à la première, sans aucune fétidité, suivie d'un mois de calme. Mais quinze jours avant l'admission à l'hôpital, une poussée aiguë violente de fièvre et d'expectoration se déclencha.

Les crachats verdâtres, muco-purulents, jamais sanglants, remplissaient un ou deux crachoirs par jour, et, caractère nouveau, ils devinrent fétides et cette fétidité était de date très récente, affirma le malade.

Cette poussée aiguë se calma en une dizaine de jours, mais un examen radiologique pratiqué fit porter le diagnostic de

pleurésie interlobaire ; on envoya alors le malade dans le service de chirurgie du Docteur Mocquot, en vue d'une intervention chirurgicale. Celui-ci voulut bien nous le confier pendant quelques jours et il fut examiné pour la première fois le 28 mars 1927.

Examen à l'entrée : le malade, malgré la longueur et les péripéties de son affection, était en assez bon état ; la température qui, la veille, était à 39°, était redevenue normale et devait persister telle pendant quelques jours. Le poids était encore de 59 kilos, mais le facies tiré, un peu terreux, blafard, trahissait l'infection.

Les signes fonctionnels étaient par contre importants : la toux était fatigante, quinteuse. Journallement, le malade remplissait un crachoir d'une expectoration muco-purulente et fétide, mousseuse dans les couches supérieures, épaisse, puriforme et de teinte verdâtre au fond du crachoir.

Les signes physiques révélèrent dès le premier examen une matité considérable de l'hémithorax droit que l'on retrouva en avant, en arrière et dans l'aisselle, ceinturant l'hémithorax, et remarquable par son étendue et sa grande intensité.

En avant, elle s'étalait sur trois travers de doigt au-dessus de la matité hépatique ; dans l'aisselle, sur quatre travers de doigt, dégageant le creux axillaire ; en arrière, elle remontait presque jusqu'à la fosse sus-épineuse qu'elle laissait libre.

Sur toute la zone mate, les vibrations étaient abolies ; l'obscurité respiratoire était complète ; pas de syndrome cavitaire, mais quelques frottements et quelques râles fins étaient perceptibles après la toux dans l'aisselle et à la base, en arrière.

L'intensité de la matité était telle qu'elle évoquait celle des épanchements pleuraux ; elle s'accompagnait d'un certain degré de rétraction de l'hémithorax droit ; mais aucun signe d'excavation pulmonaire ou de collection liquide intrathoracique n'était apparent.

L'hémithorax gauche, le cœur, le foie et la rate, le système nerveux, les urines étaient normaux. Il s'agissait d'une affection exclusivement thoracique que nous précisons par l'exa-

men radiologique, la ponction et les recherches bactériologiques.

A l'examen radiologique sous l'écran, on constata dans l'hémithorax droit la présence d'une énorme collection hydroaérique.

Un niveau liquide barrait le champ pulmonaire droit presque à mi-hauteur. Le culot liquide s'enfonçait jusqu'au contact du diaphragme, dont il était difficile à distinguer. Tout le restant supérieur de l'hémithorax était d'une clarté gazeuse jusqu'au-dessous de la clavicule. Le niveau liquide oscillait librement.

Sur le cliché, on pouvait préciser la limite inférieure de cette collection et se rendre compte qu'elle était formée par une coque foncée tangentielle au contour de la région diaphragmatique. Celle-ci était du reste très modifiée par une ombre massive qui masquait le diaphragme, tendue du bord externe de la cage thoracique au bord droit du cœur, en barrant largement et très haut le sinus diaphragmatique droit. La limite de cette ombre était formée par une ligne concave en haut et en dedans, d'une netteté parfois analogue à une courbe d'épanchement pleural qui irait culminer dans l'aiselle.

De profil, la radiographie précisait que la poche purulente était située très en arrière, devant la colonne dorsale qu'elle laissait transparaître. En arrière, sa limite paraissait verticale ; en avant, elle était angulaire, limitée par un contour épais décrivant un angle ouvert en arrière, culminant en avant. La poche paraissait sortie dans le poumon droit, les deux lobes étaient refoulés en avant.

La radiographie établissait donc l'existence ; 1°) d'une poche avec contenu liquide ; 2°) d'une réaction pleurale de la grande cavité à sa base. On pouvait discuter du siège de la poche et de la nature de la réaction pleurale.

Malgré notre hésitation à porter le diagnostic de pleurésie interlobaire, nous avons pensé néanmoins qu'il s'agissait bien cette fois d'un enkystement scissural suppuré authentique.

La ponction fut décidée avant d'aller plus avant : la réali-

sation en fut d'une extrême difficulté ; on dut ponctionner en plusieurs endroits. Faite en arrière, dans le 8^e espace intercostal, à deux centimètres en dehors de la verticale passant par la pointe de l'omoplate, la ponction permit de retirer du gaz fétide, sous pression. Dans le même espace, dans l'aiselle, le malade étant incliné fortement du côté droit, l'aiguille enfoncée de 12 centimètres retira du pus épais, crémeux, jaune-verdâtre, bien lié, complètement inodore et très abondant.

Les examens cyto-bactériologiques sur la sérosité et le pus retiré par ponction et les crachats prélevés au même moment donnèrent les résultats suivants : le pus et la sérosité étaient l'un et l'autre complètement stériles. Dans le pus existaient des cellules complètement détruites, méconnaissables, mal colorables. Ni à l'examen direct, ni à l'ensemencement, on ne put déceler de microbes aérobies ou anaérobies. La gélose Veillon, le bouillon T, la gélose simple restèrent stériles. Un frottis ne montra aucun élément spiralé.

Or les crachats étaient au même moment très nettement septiques. Les colorations y décelaient de nombreux microbes : streptocoques, pneumocoques, cocci et bâtonnets indéterminés à Gram positif et négatif. La culture en gélose Veillon montra de nombreux anaérobies, sans que toutefois la gélose fut disloquée ou percée de vrilles. La recherche des spirilles fut négative.

Ces résultats déconcertaient le diagnostic : l'existence d'un pus stérile ne pouvait se comprendre qu'avec la présence d'une collection non pas interlobaire, *mais amibienne*.

Aussitôt interrogé, le malade nous apprit qu'il avait fait campagne à l'armée d'Orient, en Macédoine, pendant la guerre ; mais qu'il n'y avait jamais été malade et notamment n'avait souffert d'aucun accident intestinal.

Des recherches d'amibes furent faites sans succès dans les selles et dans le pus de l'abcès fraîchement prélevé. L'éosinophilie se montra absente ; l'examen du sang du 1^{er} avril 1927 donna les résultats suivants :

Hématies : 3.850.000.

Leucocytes : 14.400.

Polynucléaires : 56.

Eosinophiles : 0.

Grands mononucléaires : 10.

Moyens mononucléaires : 22.

Lymphocytes : 12.

Malgré l'absence d'antécédents amibiens et de signes d'amibiase, on décida de tenter pendant quelques jours un traitement d'épreuve à l'émétine.

Evolution : Un premier essai fut fait du 1^{er} au 4 avril avec une injection quotidienne pratiquée en deux fois de 0 gr. 08 de chlorhydrate d'émétine. L'amélioration qui en résulta fut véritablement étonnante par sa rapidité.

Six jours après le début du traitement, l'état général du malade était transformé ; il reprenait des forces de jour en jour et son teint avait perdu sa pâleur blafarde et terreuse. Le poids augmenta régulièrement. La température resta normale.

Les signes fonctionnels s'amendèrent immédiatement ; aucune vomique ne survint ; les crachats subirent une baisse soudaine de leur quantité, puis se tarirent progressivement. Dès le deuxième jour, *leur fécondité avait disparu*.

Les signes physiques, par contre, ne subirent pas de modifications remarquables ; la matité pourtant parut ne pas dépasser en avant la ligne axillaire antérieure ; mais dans l'aisselle et en arrière elle resta aussi intense. A hauteur de la base, s'entendaient toujours les mêmes râles sous-crépitaux fins.

Mais l'examen radiologique montra après cinq jours de traitement une transformation stupéfiante : toute trace de niveau avait disparu ; la coque de l'abcès se dessinait en bas nettement demi-circulaire. L'ombre pleurale sus-diaphragmatique était identique. Mis à part, le contour de celle-ci et celui de l'abcès, net dans son quart inférieur seulement, estompé déjà partout ailleurs, l'hémithorax droit avait repris un aspect radiologique voisin de l'aspect normal.

Les examens bactériologiques et hématiques confirmaient l'amélioration obtenue.

Il fut impossible au bout de dix jours de déceler, par culture, la présence d'anaérobies dans les crachats.

L'examen du sang ne put déceler d'éosinophilie de retour. L'hyperleucocytose relative du début s'aplanit rapidement vers un taux normal. Le 4 avril, on notait :

Hématies : 3.770.000.

Leucocytes : 7.500.

Polynucléaires : 61.

Eosinophiles : 2.

Grands mononucléaires : 9.

Moyens mononucléaires : 19.

Lymphocytes : 9.

De ce jour, la leucocytose et la formule restèrent stationnaires. Le 29 avril, on comptait :

Hématies : 4.840.000.

Leucocytes : 6.600.

Devant l'action immédiate et définitive de la médication spécifique et malgré l'absence de tout antécédent, il était évident que ce malade était atteint d'un abcès amibien du poumon. Le traitement fut parachevé par une cure d'arséno-benzol de trois semaines qui fut reprise après trois semaines de repos. L'amélioration radiologique ne cessa de progresser.

La pachypleurite resta stationnaire avec la matité et la légère rétraction qui lui correspondait cliniquement, mais la coque de l'abcès s'effaça de plus en plus. Elle cessa d'être nette de profil, puis même de face ; il persistait pourtant un quart de cercle assez net dans la base droite ; le hile bronchique inférieur droit adjacent était surchargé et épaissi par rapport au côté opposé ; l'hémithorax, dans son ensemble, restait moins clair que l'hémithorax gauche.

Pendant six mois, nous avons suivi notre malade. Une seule cure émétinique fut effectuée pendant cette période. Jamais nous n'avons observé la moindre recrudescence ni d'expectoration, ni de fièvre, ni de fétidité.

Le malade a été revu par nous pour la dernière fois en octobre 1927. Il était en parfaite santé, avait notablement engraisé, ne toussait ni ne crachait. L'auscultation des pou-

mons ne montrait plus, pour toute anomalie, qu'un peu de diminution du murmure vésiculaire du côté droit, en arrière.

Enfin, l'examen radiologique montrait un nettoyage complet du champ pulmonaire ; toute trace de coque avait disparu, les régions hilaires étaient moins opaques. Seule persistait la pachypleurite de la base.

Cliniquement et radiologiquement, la certitude de la guérison était atteinte.

Discussion

Voici un cas bien différent des autres : le début, quoique net, ne fut pas brutal et l'affection prit bientôt une allure de chronicité non constatée dans les cas précédents. La fièvre très modérée non habituelle dans les congestions pulmonaires, l'amaigrissement, contribuaient à égarer le diagnostic ; ce n'est qu'au bout de plus de deux mois qu'une vomique s'est produite, vomique rouge vineuse, massive, épaisse, inodore, telle qu'on la rencontre souvent dans les abcès amibiens du poumon et plus souvent encore dans ceux du foie ouverts dans les bronches ; voici donc qu'après deux mois d'évolution s'est manifesté un premier symptôme en faveur de l'amibiase : la vomique rouge-vineuse.

Deuxième argument : cette vomique s'est reproduite un mois après ; elle avait alors perdu sa coloration, était devenu verdâtre et avait acquis un nouveau caractère : elle était fétide depuis peu. N'y avait-il pas eu entre la première et la deuxième vomique une infection secondaire, peut-être même gangréneuse, qui avait modifié la coloration du pus et produit sa fétidité ? N'est-ce pas ce qui s'est passé dans le cas de MM. CAUSSADE et TARDIEU !

Où bien n'y a-t-il pas eu infection bronchique concomitante ? L'examen des crachats les décelant très nettement septiques, tendrait à appuyer cette hypothèse.

A ces deux éléments orientant très nettement vers le diagnostic d'amibiase s'en ajoutait un troisième de moindre valeur si on le considère isolément, mais beaucoup plus important s'il accompagne les deux autres : c'était le siège de l'affection à la base droite comme le situèrent les signes physiques et l'examen radiologique.

Mais, sur ces seuls arguments, on ne pouvait établir que des présomptions d'amibiase ; une épreuve importante, l'examen bactériologique du pus retiré par ponction, vint appuyer cette hypothèse : le pus se montra remarquablement amicrobien. Or, le caractère essentiel du pus amibien, c'est d'être stérile ; les soupçons se précisaient donc ; ils imposaient de pratiquer un interrogatoire serré : on apprenait alors que le malade avait fait campagne en Orient, dix ans auparavant ; il n'avait cependant présenté aucun accident dysentérique important ; nous savons que cet élément a manqué ou est passé inaperçu dans maints abcès amibiens et du foie et du poumon.

Bref, chez ce malade, plusieurs symptômes orientaient la pensée vers l'amibiase pulmonaire :

Le siège à droite, l'évolution chronique entrecoupée de vomiques d'abord rouge-vineuse, puis verdâtre et fétide ; la stérilité du pus retiré par ponction contrastant avec la flore microbienne de l'expectoration ; le séjour du malade en Macédoine.

Et puisque la radioscopie précisait l'existence d'une poche intra-pulmonaire ou interlobaire, le diagnostic

d'abcès amibien du poumon avec pleurésie réactionnelle se présentait à l'esprit : il fallait à tout prix tenter une épreuve décisive : le traitement par l'émétine.

Il amena une amélioration immédiate de l'état général, une augmentation rapide du poids, une régression étonnante des signes fonctionnels, une baisse soudaine dans la quantité des crachats expectorés, une diminution importante de la leucocytose sanguine. Quant aux signes physiques, quoique plus lents à régresser, ils évoluèrent bientôt dans le même sens et la radiologie confirma l'acheminement vers la guérison.

Aucune vomique ne s'est produite depuis. La destinée habituelle des suppurations pulmonaires est trop connue par ses récives, ses reprises d'activité, sa ténacité chronique, malgré toute médication, pour aller chercher ailleurs que dans l'amibiase la cause d'une telle affection à allure chronique. S'il faut apporter des réserves à l'action favorable de l'émétine dans ces abcès pulmonaires, s'il faut se garder d'attribuer au médicament tout le bénéfice d'une guérison qui aurait peut-être pu se faire spontanément, s'il est logique de ne pas considérer sans restriction l'abcès précédent comme d'origine amibienne, il faut cependant se souvenir que dans ce dernier cas il s'est agi d'un abcès pulmonaire chronique, sans tendance à la guérison spontanée et que dès l'institution du traitement éméтинien l'affection a tourné court ; de ce fait, ces réserves sont à peine valables ; elles le seraient beaucoup plus s'il s'était agi d'un abcès aigu dont on connaît l'évolution possible vers la guérison spontanée ; l'évolution favorable aurait alors pu coïncider avec le début du traitement anti-amibien.

CINQUIÈME OBSERVATION

Cas de M. Trabaut, exposé dans la « Revue de Médecine et d'Hygiène tropicales » de mars-avril 1928

ABCÈS DU POU MON D'ORIGINE INDÉTERMINÉE GUÉRI PAR L'ÉMÉTINE

R..., 20 ans, entre à l'hôpital le 11 mars 1925 pour bronchite, après quarante-huit heures de maladie avec dyspnée, sans point de côté et température à 40°.

A l'entrée, la température est à 40°,5 ; l'état général est très touché et le malade dyspnéique ne présente cependant que des ronchus sur toute l'étendue des deux poumons et quelques râles à la base gauche.

Arrivé de France sept jours avant son entrée à l'Infirmierie, le malade ne présente aucun antécédent remarquable ; en particulier, il n'a présenté aucun incident diarrhéique. Un de ses frères est mort en bas âge de méningite. La pensée s'oriente vers l'idée d'une bacillose pleuro-pulmonaire à reprise aiguë.

La température demeure très élevée pendant deux jours, puis tombe à 38° pour remonter le 18 mars à 40° et s'y maintenir quelques temps.

Pas de bacilles de KOCH dans les crachats à deux reprises ; par contre, nombreux streptocoques.

Le 16 mars, on note un foyer de râles à la base droite et l'expectoration est devenue abondante, purulente et fétide. La médication antigangréneuse avec du sérum à hautes doses et du sérum antistreptococcique demeurent sans résultat. La température oscille toujours autour de 39° et l'état général s'aggrave ; l'expectoration est de plus en plus abondante, de plus en plus fétide.

C'est alors qu'en désespoir de cause, l'issue ne paraissant plus douteuse, nous commençons 0 gr. 08 par jour d'émétine, en injectant une dose totale de 0 gr. 44.

L'effet est immédiat : la température diminue dès le lendemain et sa chute s'accroît par oscillations successives ; l'expectoration diminue aussi peu à peu et perd sa fétidité ; les forces reviennent, le malade s'alimente bientôt.

Le 24 mars, la radioscopie montre la moitié inférieure du poumon droit voilée par une ombre grise accentuée, assez bien limitée vers le haut à la partie externe, où elle présente une convexité supérieure nettement arrondie et vers le médiastin où elle est limitée par une bande sombre. Le sommet du poumon droit et le poumon gauche s'éclairent normalement. Une numération globulaire montre, le 30 mars, 14.400 globules blancs, dont 88 % de polynucléaires, et 3.720.000 globules rouges par millimètre cube. Un troisième examen des crachats, le 23 mars, donne les mêmes renseignements négatifs. Enfin, une dernière radioscopie, le 16 avril, ne montre plus qu'une obscurité de la partie moyenne du poumon droit avec une ombre mal limitée au niveau de la pointe de l'omoplate, le hile s'étant éclairci.

Le 29 avril, le poumon droit est sonore sur toute sa hauteur, les vibrations seulement atténuées à la base et des gros bruits rugueux inspiratoires avec quelques râles fins à la fin de l'inspiration.

Discussion

Cette observation est l'image des trois premières : début brutal et diagnostic en suspens pendant une semaine ; il s'égare d'ailleurs et l'on pense d'abord à la bacillose, puis l'apparition d'une expectoration absente jusque-là, mais d'emblée abondante et fétide, n'amenant aucune sédation dans la gravité de l'affection, on pense à la gangrène pulmonaire ; mais la médication antigangréneuse ne donne aucun résultat. C'est alors qu'en désespoir de cause on pratique de l'émétine.

Dès le lendemain, l'affection tourne court. Tout se passe comme s'il s'agissait d'une affection amibienne et au bout de quelques semaines, le malade rentre en France presque complètement guéri.

Sur quels symptômes peut-on, dans cette observation, établir l'hypothèse d'amibiase ?

On s'arrêtera peu sur le début brutal, mais on notera le siège de l'affection à la base du poumon droit.

D'autre part, quoique l'observation ne précise pas la couleur de l'expectoration, il semble bien que le 16 mars, c'est-à-dire sept jours après le début, il s'est produit une vomique fractionnée assez abondante.

Quant aux antécédents (séjour aux colonies, dysenterie, présence d'amibes ou de kystes dans les selles), ils manquent totalement : le malade était depuis sept jours seulement à Damas. Mais nous avons déjà dit que ces arguments ne sont pas nécessaires pour porter le diagnostic d'amibiase, puisque dans nombre de cas où celle-ci était évidente des interrogatoires serrés n'avaient pu les déceler.

Nous admettrons avec M. TRABAUT qu'il convient de se méfier des résultats des divers traitements dits d'épreuve, surtout lorsqu'il s'agit d'une affection aiguë, mais nous ne sommes pas comme lui absolument convaincu qu'il ne s'est pas agi d'un abcès amibien. En effet, bien que l'émétine ait des propriétés qui ont fait leurs preuves dans maintes affections pulmonaires (et nous les avons signalées dans notre historique), les résultats obtenus n'ont jamais été aussi décisifs, aussi immédiats, aussi complets que dans les abcès amibiens et nous admettrons une fois de plus, sur le seul test thérapeutique, le diagnostic d'amibiase, sans toutefois être formel.

Nous signalerons enfin que lors de la discussion qui suivit l'exposé de cette observation, M. DUPONT inter-

vint : il considère les abcès amibiens du poumon beaucoup plus fréquents qu'on ne le pense, et dit avoir observé un cas semblable à celui de M. TRABAUT, également guéri par l'émétine.

SIXIÈME OBSERVATION

Rapportée par M. Cordier, de Lyon, le 30 octobre 1923

Le malade se souvient avoir présenté en 1917 une diarrhée au long cours avec phénomènes graves. Il n'avait jamais quitté le front français. Guérison spontanée d'un an ; mais il vit bientôt son état général baisser ; il maigrit, eut de la fièvre à 39-40° et une pleurodynie intense. Sans radioscopie, on fit le diagnostic de pleurésie purulente et on incisa : un flot de pus profond dut-il jaillir ? Après une amélioration momentanée, la fièvre et le mauvais état général réapparurent ; la radioscopie décéla alors un nouveau foyer très profond et bas situé.

Deuxième opération qui trouva le pus très profondément et jaillissant marron, sans fétidité ; examen bactériologique négatif. Cinq opérations ou ponctions n'amenèrent pas la guérison.

Les caractères de l'expectoration restèrent les mêmes, sans qu'il y eut précisément vomique ; le malade expectorait chaque jour un ou deux crachoirs de pus dont la couleur variait du vert clair au vert marron ; pas de bacilles de Koch.

L'examen des crachats ne confirma pas la présence d'amibes, mais le traitement d'épreuve donna d'excellents résultats : tarissement à peu près complet de l'expectoration à la deuxième série ; apyrexie ; reprise de 8 kilos en un mois et demi. La guérison s'est maintenue depuis cinq mois ; le malade continue des cures espacées. A noter que le foie n'a jamais donné aucun signe physique ni fonctionnel.

Discussion

Nous remarquons tout d'abord que pendant très longtemps l'étiologie fut absolument insoupçonnée ; on se borna à porter un diagnostic de pleurésie purulente et on intervint chirurgicalement. Cependant, plusieurs éléments auraient peut-être pu éclairer le praticien et lui faire soupçonner l'amibiase ; mais c'était la guerre, les moyens d'investigation manquaient et surtout les observations d'abcès amibien du poumon étaient alors peu connues ; enfin, le traitement émétinien venait à peine d'être recommandé.

Quels étaient ces éléments qui pouvaient orienter le praticien ?

1°) C'étaient d'abord les antécédents dysentériques des plus nets qu'accusait le malade ; ils remontaient à environ un an lorsque l'intervention fut jugée nécessaire ;

2°) C'étaient ensuite la couleur « marron » du pus, sa stérilité, sa non-fétilité. Il eut probablement suffi du contrôle radioscopique pour préciser le diagnostic d'abcès pulmonaire ; celui d'amibiase devenant alors à peine discutable, le traitement émétinien en eut dès ce moment apporté la preuve comme il le fit plus tard.

A propos de cet exposé, M. LERICHE, de Lyon, signale un cas analogue qu'il observa vers 1920 ; il opéra alors un abcès intra-pulmonaire dont le pus lui fit penser à un abcès amibien ; l'examen de ce pus demeura négatif ; mais, malgré l'intervention, la suppuration traînait ; on lui fit donc des injections d'émétine et dès la troisième injection la suppuration fut guérie et la plaie fermée.

Le malade n'avait jamais eu la dysenterie ; il n'avait jamais quitté le département de l'Ain.

Lors de la même discussion, M. GARIN, de Lyon, dit avoir observé un malade qui présentait des crises d'angoisse précordiale avec expectoration abondante et râles d'œdème aigu, le tout durant dix minutes. Pas d'amibes dans l'expectoration ni dans les selles et cependant le malade a guéri par l'émétine.

Nous avons exposé et commenté jusqu'ici les observations d'abcès du poumon dont la nature amibienne n'a pu être démontrée ; nous les avons recueillies çà et là, dans la littérature médicale. Nous continuerons notre travail en relatant un cas que nous avons observé personnellement dans le service de notre Maître le Docteur LAEDERICH et que celui-ci a rapporté à la séance de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris du 25 février 1929.

SEPTIÈME OBSERVATION

V..., charbonnier, âgé de 46 ans, entre à l'Hôpital Necker le 15 novembre 1928, pour un épisode pulmonaire aigu. Il a été pris deux jours auparavant de frissons, de fièvre et d'un violent point de côté haut situé, à droite (nous insisterons sur ce fait que le point de côté était haut situé).

A son entrée, la température atteint 39°,8 ; le malade, alcoolique invétéré, est agité, tremulant ; son facies est vultueux, la respiration est un peu rapide et gênée, mais l'expectoration est muco-purulente banale, sans caractères congestifs. L'examen de l'appareil respiratoire ne permet de découvrir aucun foyer congestif ; on note une légère submatité du sommet

droit, sans modification des vibrations ; à l'auscultation, on ne perçoit que des râles sibilants et ronflants disséminés dans les deux champs pulmonaires en avant et en arrière. L'examen complet des autres appareils est absolument négatif.

Nous connaissons d'ailleurs ce malade : il a été hospitalisé dans notre service en avril dernier, pour une crise de délire alcoolique. A cette époque, il avait eu une légère bronchite, et nous l'avions examiné avec d'autant plus de soin que nous savions que sa femme était hospitalisée en même temps dans un service voisin pour tuberculose pulmonaire, tandis que lui-même déclarait avoir été réformé, en 1914, pour bronchite chronique. Or, nous n'avions rien trouvé à l'auscultation et un examen radioscopique n'avait montré qu'une légère augmentation des tractus broncho-vasculaires, sans aucune image de condensation parenchymateuse.

En présence de l'épisode actuel, nous pensons qu'il s'agit d'une bronchite aiguë banale, avec peut-être un foyer congestif latent pour expliquer le point de côté ; mais, en raison des antécédents, nous faisons des réserves sur la possibilité d'une poussée évolutive bacillaire. Bien que la recherche du bacille de Koch aussitôt pratiquée dans les crachats soit négative, ces suspicions augmentent les jours suivants, car la température se maintient en plateau autour de 39°, le malade est abattu et s'amaigrit. Des examens sthétacoustiques soigneusement répétés ne révèlent toujours que des râles sibilants et ronflants disséminés. Aussi, malgré la fatigue du malade, nous décidons, le 25 novembre, de le soumettre à un examen radioscopique.

A notre grande surprise, nous découvrons sur l'écran une image typique d'abcès pulmonaire : il existe à la partie externe de la région sous-claviculaire droite une image hydro-aérique du volume d'une orange, assez régulièrement ovalaire à grand axe vertical, large de 7 centimètres, haute de 9 centimètres ; le niveau liquidien, horizontal et mobile avec la position du malade, occupe à peu près le milieu de la hauteur de la poche. Celle-ci est limitée par un contour assez mince ; à sa partie inféro-externe, elle se continue avec une zone obscure



Radiographie faite le 26 novembre 1928
deux jours avant le début du traitement émetinien

jusqu'à la paroi thoracique latérale. Le reste du parenchyme est sain, on y voit seulement les tractus broncho-vasculaires un peu plus accusés que normalement, observés lors du précédent examen.

Surpris par cette découverte radiologique, nous pratiquons un nouvel examen stéthacoustique très minutieux, mais celui-ci reste aussi négatif que les précédents : cet abcès est resté et restera muet pendant toute son évolution.

Nous faisons alors une nouvelle enquête clinique pour déterminer la nature de cet abcès et cherchons surtout à dépister une amibiase. L'interrogatoire nous apprend que le malade a séjourné deux ans en Algérie en 1906 et 1907 ; il y a souffert de fièvres paludéennes, mais ne se souvient d'aucun épisode dysentérique ; rentré en France depuis cette époque (il y a plus de vingt et un ans), il est toujours bien portant, malgré ses habitudes éthyliques avérées, jusqu'aux accidents signalés plus haut ; il nie absolument toute histoire d'entérite. L'examen des crachats, qui sont toujours d'aspect mucopurulent banal, est pratiqué à nouveau, sur des crachats fraîchement expectorés ; nous n'y trouvons qu'une flore microbienne banale, peu abondante, sans prédominance d'aucune espèce microbienne ; impossible d'y découvrir ni amibes ni kystes.

Mêmes résultats négatifs de l'examen des selles. L'analyse du sang ne montre qu'une légère polynucléose avec 2 % d'éosinophiles.

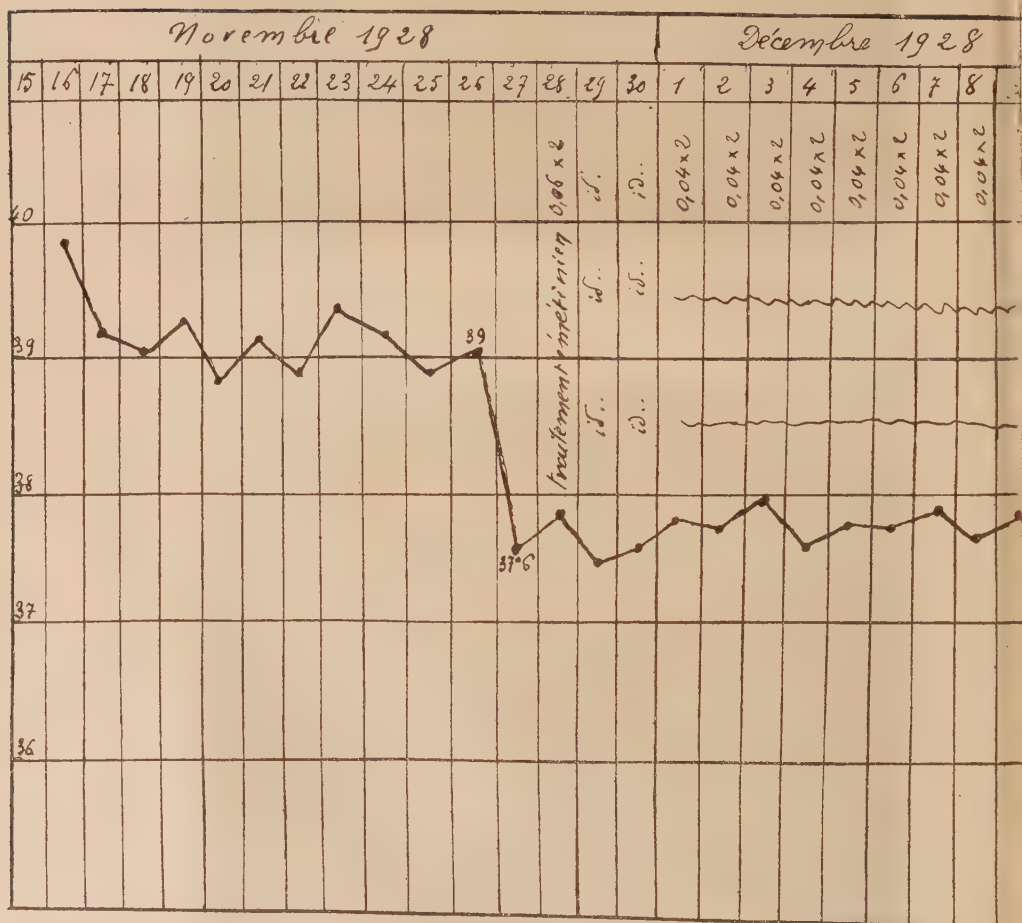
Malgré ces résultats négatifs, nous décidons d'instituer un traitement émétinien d'essai. Le malade reçoit en neuf jours, du 28 novembre au 6 décembre, 0 gr. 84 d'émétine en injections intra-veineuses.

La température, qui était brusquement tombée de 39° à 37°,6 la veille de la première piqûre, ne remonte plus à partir de ce jour. Le malade accuse immédiatement un mieux-être remarquable ; en quelques jours, la toux et l'expectoration disparaissent, l'état général redevient excellent, le poids augmente.

Une seconde radiographie, pratiquée le 7 décembre, le len-

demain de la neuvième injection d'émétine, montre une diminution extraordinaire de l'abcès, qui n'atteint même plus le volume d'une noix, mais dans lequel on distingue un niveau liquide vers son tiers inférieur.

Une troisième radiographie, faite vingt jours plus tard, le 27 décembre, permet encore de constater une perte de substance du volume d'une noisette avec une minime quantité de



Courbe thermique avant et après le traitement émetique



Radiographie faite le 7 décembre 1928
après la première série d'injections d'émétine



Radiographie faite le 27 décembre 1928
(le malade a reçu jusque-là 0 gr. 84 d'émétine)

liquide à sa partie déclive. Une seconde série d'injections d'émétine est faite du 28 décembre au 6 janvier, à la dose de 0 gr. 08 par jour.

Une dernière radiographie est faite après ce second traitement, le 10 janvier ; elle ne laisse plus deviner que difficilement, au milieu d'un parenchyme sensiblement normal, une petite clarté arrondie, à peine du volume d'une cerise, sans niveau liquide. Le malade se trouve parfaitement rétabli et quitte l'hôpital.

Discussion

De nouveau nous retrouvons chez ce malade le même début brutal, la même intensité des signes fonctionnels et généraux contrastant avec la pauvreté des signes physiques.

Comme dans le cas de M. TRABAUT, on soupçonna la bacillose et on orienta les recherches dans ce sens ; elles demeurèrent toutes remarquablement négatives.

Et cependant rien ne permettait de porter le diagnostic d'amibiase. L'absence de toute histoire dysentérique, quoique pouvant être difficilement objectée à l'hypothèse d'amibiase pulmonaire, n'en contribuait pas moins à l'écarter.

Le séjour lointain du malade en Algérie (il avait quitté l'Algérie vingt et ans auparavant) pouvait être difficilement retenu ; les différentes observations d'amibiase pulmonaire relatées jusqu'ici font remonter la contamination à deux ou trois ans (RAMOND), à cinq ans (WEIL et LAMY), à six ans (DARGEIN et DORÉ), à dix ans (LEMIERRE et KOURILSKY) ; bien plus, il fallait admettre que le malade contagionné vingt et un ans auparavant, avait pré-

senté une amibiase intestinale absolument latente pendant tout ce temps. Le fait n'était pas impossible, mais il fallait reconnaître la fragilité d'un tel argument.

Un troisième fait contribuait à égarer la pensée ; il fut découvert à l'examen radioscopique : l'affection siégeait bien à droite, ce qui n'eut amené aucune surprise si le foyer eut occupé la base ; mais l'abcès (l'image radioscopique était celle d'une collection pulmonaire circonscrite) siégeait au sommet droit ; on a bien relaté jusqu'ici des abcès amibiens gauches, mais il ne semble pas qu'on ait jusqu'alors observé de telles collections au sommet.

Enfin, on ne pouvait espérer obtenir des renseignements décisifs dans l'examen de l'expectoration : elle était muco-purulente banale et de fait, différents examens ne décelèrent ni amibes, ni kystes. D'autre part, elle n'était pas de couleur chocolat et à aucun moment elle ne fut rejetée sous forme de vomique. Nous insistons particulièrement sur ce fait, la vomique étant très fréquente dans les abcès amibiens et du foie et du poumon.

Il ne fut pratiqué aucune ponction, car le souvenir des merveilleux résultats obtenus par différents praticiens fit instituer, avant tout autre traitement, la médication émétinienne : elle apporta le seul argument de valeur en faveur de l'origine amibienne de l'affection par son action curatrice vraiment remarquable.

Bien qu'il faille apporter quelques réserves à l'action spécifique de l'émétine, nous sommes convaincu qu'il s'est probablement agi d'une manifestation amibienne.

On pourra élever quelques critiques à cette affirmation : on pourra notamment objecter : 1° qu'il s'est agi

d'un abcès aigu dont on connaît l'évolution spontanée possible vers la guérison ; 2° que la température avait amorcé sa chute la veille de la première injection d'émétine ; mais l'amélioration fut si frappante et si rapide, les examens radiologiques montrèrent une telle régression de la cavité abcédée qu'il nous paraît impossible d'invoquer une guérison spontanée.

Il nous semble que dans ce cas l'action spécifique de l'émétine est peu discutable et impose presque le diagnostic d'abcès amibien primitif du poumon. Sans toutefois être formel, nous admettons ce diagnostic.

Dans notre introduction, nous nous proposons de rechercher si des cas *d'abcès pulmonaires non amibiens guéris par l'émétine ont été observés* ; les recherches effectuées dans les publications françaises ne nous signalent que les sept observations d'un auteur roumain, M. S. IAGNOV, de Bucarest. Nous nous empressons d'ailleurs de dire qu'elles prêtent à maintes critiques et paraissent très incomplètes ; cependant, comme elles peuvent, dans une certaine mesure, apporter quelque enseignement, nous les résumerons et en discuterons la valeur.

OBSERVATION I

Ion I..., 20 ans, fonctionnaire, souffre de fièvre, toux et expectoration abondante, pyo-sanguinolente.

Antécédents personnels : Dans son enfance, rougeole et angine diphthérique ; en 1923, hémoptysie.

Historique : Début il y a un mois par frissons, toux et douleurs dans l'hémithorax droit. Après deux semaines, la fièvre se maintient élevée, le malade continue à tousser et à expectorer abondamment. Les crachats sont fétides et purulents. On admet le diagnostic de bacillose.

Actuellement : légère fièvre : $37^{\circ},8$; sueurs abondantes ; dyspnée et faiblesse générale ; toux fréquente et expectoration abondante, striée de sang, purulente. Le malade a pendant la nuit et le matin de véritables vomiques.

La percussion montre à la base droite une zone circonscrite de matité. A l'auscultation, on perçoit des râles crépitants. Rien dans le reste des poumons.

Pouls à 85. Foie normal. Rate perceptible.

Pendant toute la durée de la maladie, la fièvre modérée a varié entre 36°,5-38°.

L'examen bactériologique des crachats indique : cellules épithéliales pavimenteuses, polynucléaires, hématies. Flore microbienne : pneumocoques, cocci, microcoques catharalis, bacilles à gram positifs et négatifs. Pas de fibres élastiques. Pas de bacilles de Koch.

Radioscopie : les sommets s'illuminent à la toux ; les ombres hilaires sont accentuées. Obscurité intense à la base de l'hémithorax droit. Dans la zone obscure, on distingue deux zones claires à contour circulaire irrégulier, visibles plus nettement par derrière. D'épaisses adhérences pleurales immobilisent le diaphragme droit.

Les symptômes cliniques, ainsi que l'image radiologique plaident pour un abcès pulmonaire postpneumonique. Le malade reçoit cinq injections sous-cutanées de 0 gr. 04 de chlorhydrate d'émétine faites tous les deux jours.

Dès les premières injections, la toux s'affaiblit, l'expectoration perd de sa fétidité et diminue quantitativement. Les crachats ne présentent plus de sang ; ils diminuent, puis disparaissent. Après quelque temps, le malade reprend ses occupations.

OBSERVATION II

Nic. T..., 22 ans, laitier, entre à l'hôpital, le 20 décembre 1925, pour toux avec expectoration purulente, fièvre, faiblesse générale.

Malade depuis deux mois, le début fut marqué par fièvre, douleur aiguë dans l'hémithorax droit et toux sans expectoration ; dix jours après la fin de l'affection, l'expectoration devient abondante et fétide. Plusieurs médecins portent le

diagnostic de tuberculose pulmonaire. Le malade entre alors à l'Hôpital Filantropia, où l'on pense à une pleurésie purulente. Les ponctions sont négatives. De là il vient dans notre service présentant les symptômes subjectifs suivants : faiblesse, respiration fétide, toux et abondante expectoration mucopurulente.

Appareil respiratoire : matité prononcée au niveau du lobe moyen droit, non suspendue, et prolongée sur la face postérieure du lobe inférieur droit. Quelques râles crépitants.

L'examen des crachats ne montre ni bacilles de Koch ni fibres élastiques. La radiographie confirme l'existence d'un abcès pulmonaire du lobe moyen droit.

On fait au malade douze injections sous-cutanées d'émétine à la dose de 0 gr. 03. Après les premières injections, l'expectoration diminue, l'état général s'améliore. Bientôt, les phénomènes morbides faiblissent et finissent par disparaître. Le malade est aujourd'hui complètement rétabli.

OBSERVATION III

Gh. St..., 50 ans, fonctionnaire, entre dans le service le 10 juillet 1925 pour faiblesse, fièvre, toux avec expectoration abondante.

Antécédents personnels : pneumonie, blennorragie et chancre il y a quelques années.

Historique : Début brusque il y a un mois avec température élevée, frissons violents, douleurs aiguës, toux avec légère expectoration. La fièvre se maintient élevée pendant huit jours ; puis la toux devient fréquente, l'expectoration abondante et fétide. On porte alors le diagnostic de caverne pulmonaire tuberculeuse. Le malade se sent mal. Les symptômes s'accroissent.

A son entrée à l'Hôpital Colentina, l'état est le suivant : Fièvre, dyspnée, toux et expectoration fétide abondante.

Appareil respiratoire : Dans la zone sous-épineuse gauche,

matité s'entendant jusqu'à l'angle de l'omoplate. Au même niveau, quelques râles crépitants.

Respiration broncho-vésiculaire à droite. 36 respirations par minute. Pouls : 120. Le foie dépasse le rebord costal de trois travers de doigts. Rate non perceptible. Réflexes normaux.

L'examen microscopique des crachats montre : polynucléaires, pneumocoques. Pas de bacilles de Koch.

Légère albuminurie.

Radioscopie : Obscurité intense suspendue dans la moitié supérieure de l'hémithorax gauche. Elle a une limite arrondie vers le bas et présente en haut un niveau horizontal. On conclut à un abcès pulmonaire.

Le malade reçoit six injections de 0 gr. 04 d'émétine. Les injections se font tous les deux jours. Dès la première, la température tombe de 38°,7 à 37°,8 ; mais la fièvre se maintient encore trois jours avec oscillations. Le cinquième jour du traitement, elle remonte à 40°, puis tombe brusquement et se maintient au-dessous de 37°. L'état général s'améliore chaque jour ; la toux et l'expectoration diminuent, les crachats perdant leur fétidité. Le malade quitte l'hôpital dix-sept jours après son entrée, complètement rétabli.

OBSERVATION IV

Lenuta I..., 25 ans, entre dans le service pour fièvre, toux et expectoration fétide le 30 juillet 1926.

Antécédents : père mort des suites de « bronchite » ; rougeole ; scarlatine et fièvre typhoïde.

Histoire de la maladie : trois semaines avant son entrée, la malade fut prise d'un frisson nocturne suivi de température élevée, dyspnée et toux. La semaine suivante, la toux devint plus fréquente et l'expectoration fétide.

Actuellement, la malade est de constitution débile, a 38° et de la toux avec expectoration fétide.

Appareil respiratoire : Râles de bronchite diffus dans les

deux poumons. A la base droite, on entend un foyer de sous-crépitaux et à la percussion on constate dans la même région une matité nette.

Pouls : 116. Rate non percutable. Wassermann négatif.

Pas de bacilles de Koch dans les crachats et les selles, mais dans l'expectoration, polynucléaires et quelques hématies. Pas d'albumine dans les urines.

On administre à la malade des expectorants. L'expectoration continue, fétide et abondante. Les phénomènes congestifs et la matité de la base droite se maintiennent. On pose le diagnostic d'abcès pulmonaire et on institue le traitement éméthinien. La malade reçoit tous les trois jours une injection sous-cutanée de 0 gr. 02 d'émétine. On en fait douze en tout.

Le 2 septembre 1926, elle quitte l'hôpital complètement guérie.

OBSERVATION V

Constantin B..., 33 ans, entre à l'hôpital pour douleurs dans l'hémithorax gauche, toux et expectoration fétide.

Antécédents personnels : use d'alcool et de tabac.

La maladie a débuté brusquement par des frissons. Puis apparut une douleur aiguë sous le mamelon gauche, de la dyspnée et de la toux. Il entre alors à l'Hôpital de Tg. Ocna, d'où il sort deux semaines après sans fièvre et se sentant beaucoup mieux. Continuant à maigrir et à tousser, il vient à Bucarest et entre à l'Hôpital Colentina.

Actuellement, il présente de la fièvre à 38°,5 ; il est faible, tousse et son expectoration est fétide.

Appareil respiratoire : Matité dans la fosse sous-claviculaire gauche, râles sous-crépitaux au même endroit.

Pouls à 120. Le foie déborde les fausses côtes de deux travers de doigt. Rate non percutable. Pas de bacilles de Koch dans les crachats.

L'examen microscopique des crachats montre des cellules

pavimenteuses buccales, des polynucléaires, des hématies. Le Wassermann est négatif. Les urines sont légèrement albumineuses.

Diagnostic : abcès post-pneumonique.

Le malade reçoit sept injections sous-cutanées d'émétine à raison d'un centigramme par jour. L'expectoration diminue graduellement, la température baisse et le malade quitte le service, sur sa demande, le 24 septembre, allant beaucoup mieux.

OBSERVATION VI

Musat. V..., 36 ans, magasinier, entre dans le service le 1^{er} septembre 1926, pour fièvre, expectoration muco-purulente et fétide.

Antécédents : Frère mort de tuberculose. Lui-même est un vieux toussueur. A souffert du paludisme. Aucun antécédent vénérien.

Histoire de la maladie : Début il y a un mois par frissons intenses, fièvre, sueurs. Quatre jours après, apparut la toux et l'expectoration. Au bout de quinze jours, l'expectoration est devenue fétide et muco-purulente. Il se mit à suer abondamment.

Actuellement : Débilité, il transpire beaucoup, tousse et expectore abondamment.

Examen : Sonorité exagérée du poumon droit. Sur toute son étendue, râles de bronchite diffus. Le poumon gauche présente une matité prononcée dans la fosse sous-claviculaire gauche. Râles crépitants dans la même région. Tout le poumon gauche est le siège de nombreux sibilants et ronflants.

La matité précordiale est réduite. Rythme de galop à la pointe. Tension : 17-7. Le foie déborde les fausses-côtes de deux travers de doigt. La rate est percutable sur quatre travers de doigt.

L'examen des crachats indique des pneumocoques, des polynucléaires et des cellules pavimenteuses. Il n'y a pas de bacilles de Koch, ni de spirilles.

On pose le diagnostic d'emphysème pulmonaire, puis de bronchite chronique, puis d'abcès du poumon.

Le malade reçoit en injection sous-cutanée 0 gr. 02 d'émétine tous les deux jours. Il quitte le service le 17 septembre. Son état général est meilleur. La toux a diminué. L'expectoration s'est tarie et a perdu sa fétidité.

OBSERVATION VII

W. B..., 17 ans, fonctionnaire, entre dans le service, le 29 novembre 1926, pour fièvre et toux avec expectoration purulente et fétide.

Antécédents : A eu la varicelle. Son père est mort de tuberculose pulmonaire.

Histoire de la maladie : Début il y a trois semaines par coryza et laryngite, puis frissons et fièvre. Le malade a pris des antithermiques qui ont fait disparaître ces symptômes. Quelques jours après, il se mit à tousser et à expectorer des crachats abondants, purulents et fétides. Il a beaucoup maigri.

Actuellement : Il est très affaibli, présente de l'inappétence, de fortes quintes de toux, une expectoration à caractère de vomique, fétide et purulente.

Le poumon gauche présente à sa base une zone de matité avec vibrations exagérées ; l'auscultation décèle des râles sous-crépitaux. Le poumon droit présente une légère matité et des modifications respiratoires dans la fosse sus-épineuse.

Pouls : 80. Rate percevable sur trois travers de doigts. Foie normal.

Les crachats renferment des pneumocoques, des leucocytes et des cellules pavimenteuses. Il n'y a ni bacilles de Koch ni spirilles.

On porte le diagnostic d'abcès pulmonaire gauche et on recourt au traitement par le chlorhydrate d'émétine.

Le malade reçoit douze injections d'émétine, à raison d'une piqûre de 0 gr. 01 tous les jours.

Dès les premières injections, on observe une amélioration dans l'état du malade : la température baisse, l'expectoration diminue, l'appétit devient meilleur. Le malade quitte le service le 15 décembre 1926, complètement rétabli.

Discussion

La relation de ces observations est d'ailleurs précédée et suivie de quelques commentaires. L'auteur admet que le traitement des abcès pulmonaires non amibiens par le chlorhydrate d'émétine peut se justifier *a priori* par leur analogie avec les abcès amibiens. Il relate, pour appuyer sa proposition, les travaux de MM. BEZANÇON, SERGENT, SCHLOSSMANN, etc., en France ; ceux de MIRONESCU en Roumanie, sur l'importance des spirochètes dans toutes les affections pulmonaires fétides. Ces travaux renforceraient, d'après lui, les raisons d'un traitement spécifique chimio-thérapique. D'autre part, il déclare que l'émétine ayant une action générale sur la sécrétion bronchique, n'a pas donné la preuve absolue, au point de vue expérimental, de son action élective sur les amibes. Pour ces raisons, il pense que son emploi se justifie dans les abcès pulmonaires non amibiens.

Jusque-là, nous nous trouvons d'accord avec l'auteur et maints praticiens avec MM. RAMOND et DURAND, RENON, JOSUÉ, ont montré cette action favorable de l'émétine dans les affections pulmonaires et ces dernières années la médication émetinienne a été préconisée dans les affections gangréneuses du poumon ; mais le fait paraît indéniable que l'émétine est pratiquement et cliniquement le médicament spécifique de l'amibiase, à l'exclusion des autres microbes.

D'ailleurs, l'auteur pratiqua des expériences *in vitro* sur des cultures microbiennes variées ; il obtint des résultats absolument négatifs ; il ne put prouver l'action directe et chimique de l'émétine sur ces cultures.

D'autres expériences exécutées par l'auteur sur la souris, particulièrement après inoculation de cultures de pneumocoques dont on sait la virulence spéciale chez ces animaux, n'ont apporté aucun résultat concluant ; tout au plus l'auteur a-t-il pu conclure que l'infection pneumococcique provoquée expérimentalement était moins brutale, moins généralisée chez la souris traitée par l'émétine que chez celle qu'il abandonnait à elle-même ; chez cette dernière l'expérience aboutissait à une septicémie rapidement mortelle.

Si nous lisons les travaux de WEDDER (1912), nous constatons que cet auteur, traitant par l'émétine différents animaux inoculés auparavant de cultures amibiennes, obtint des guérisons immédiates et complètes, que ne put constater M. S. IAGNOV dans ses expériences.

Enfin, l'auteur tente de donner une explication à l'action heureuse de l'émétine dans les abcès non amibiens du poumon : l'émétine contribuerait à l'accroissement de l'immunité de l'individu en favorisant, en stimulant la formation d'anticorps et spécialement d'agglutinines ; à l'appui de son interprétation, il invoque l'action favorable de différents alcaloïdes sur l'accroissement des agglutinines, l'influence de certains composés chimiques (vésuvine, chrysoline) sur le développement des précipitines.

Nous nous garderons de prendre parti pour ou contre

cette interprétation ; nous admettrons seulement avec l'auteur que l'émétine agit souvent favorablement dans les affections pulmonaires.

Mais les observations que nous rapporte M. S. IAGNOV prêtent à discussion : si nous les considérons telles qu'on peut les lire dans les *Annales de Médecine* de juillet 1928, nous dirons qu'elles nous paraissent incomplètes et qu'elles n'apportent pas absolument leur preuve étiologique.

Elles ne nous renseignent pas suffisamment sur les antécédents des malades ; et il ne semble pas que l'interrogatoire ait cherché à dépister l'amibiase.

Nous ne relevons aucune précision sur l'évolution de la courbe thermique ; nous constatons seulement que celle-ci s'est modifiée favorablement dès l'institution du traitement éméтинien.

Certaines de ces observations ne signalent aucun contrôle radioscopique (Obs. 4, 5, 6, 7) ; or, on sait que fréquemment le diagnostic d'abcès pulmonaire repose presque uniquement sur l'image constatée à l'écran. Dans l'Observation II, on mentionne bien qu'un examen radiologique a été pratiqué, mais on ne donne aucun renseignement sur cet examen. La leucocytose sanguine n'a pas été recherchée.

Quant aux examens de crachats, ils ne paraissent pas absolument concluants : macroscopiquement, il manque des précisions de valeur : la couleur de l'expectoration, son rythme d'élimination, son volume en vingt-quatre heures ne sont pas indiqués ; microscopiquement, s'il semble bien que le pneumocoque prédomine souvent, on

ne décèle que dans un seul cas la présence de spirilles qui pourtant expliqueraient la fétidité observée dans tous les cas.

Bref, on peut se demander si la preuve étiologique est faite, si le pneumocoque est bien l'agent unique de ces abcès. Bien plus, les doses d'émétine injectées nous semblent bien minimales pour provoquer une guérison aussi rapide ; dans aucune des observations relatées, quoi qu'en dise l'auteur (il indique que dans tous les cas il fut injecté entre 1 gramme et 1 gr. 50 d'émétine), il n'a été fait plus de 0 gr. 36 d'émétine ; et toujours le traitement a été pratiqué par voie sous-cutanée, tous les deux ou trois jours. L'action de l'émétine apparaîtrait ainsi plus rapide dans ces abcès non amibiens que dans l'amibiase, puisque les doses injectées furent petites (1 ou 2 centigrammes) et espacées.

Enfin, nous objecterons que ces malades n'ont été suivis que quelques semaines ; que sont-ils devenus ? Sont-ils vraiment guéris ? Il serait important de connaître leur état à distance du traitement avant de conclure à leur guérison réelle.

En présence de l'imprécis de ces observations, nous demeurerons sceptiques et nous résumerons nos impressions en concluant que dans ces cas l'action favorable de l'émétine semble probable, que dans quelques-uns le diagnostic même d'abcès pulmonaire peut être discuté, que la nature étiologique des autres n'est pas absolument démontrée.

CHAPITRE IV

Discussion générale

Si nous tentons de résumer les arguments cliniques qui ont permis de soupçonner l'amibiase dans ces différents cas, nous remarquons qu'il existe un élément de grande valeur : ce sont les antécédents mêmes du malade ; si le praticien qui a porté un diagnostic d'abcès pulmonaire peut dépister à l'interrogatoire un passé dysentérique ou même un simple épisode diarrhéique jugé banal, surtout chez un malade ayant séjourné aux colonies, il doit suspecter l'origine amibienne de cet abcès. Ce symptôme important ne put être relevé dans les cas de MM. BRULÉ et HILLEMAUD, DARGEIN et DORÉ, LEMIERRE et KOURILSKY, TRABAUT, LAEDERICH et POUMEAU-DELILLE ; au contraire, on le retrouva dans les trois autres cas. Quelques-uns avaient cependant séjourné aux colonies, mais leur séjour était lointain, variant de deux ans à plus de vingt ans (LAEDERICH). D'autres enfin (BRULÉ et HILLEMAUD, CORDIER) n'avaient jamais quitté la France.

L'autre symptôme important dans l'abcès amibien du poumon, c'est la vomique massive ou fractionnée du huitième au dixième jour, faite d'un pus remarquablement amicrobien et de coloration « chocolat ». Elle manqua dans le cas de M. LAEDERICH, et ce fait a son importance : il fut sans doute dû à la précocité du traitement. Elle fut précoce (36^e heure) dans le cas de MM. BRULÉ et HILLEMAUD ; au contraire, elle apparut tardivement dans celui de MM. LEMIERRE et KOURILSKY. Elle n'était ni chocolat, ni stérile dans les cas de MM. WEIL et LAMY, BRULÉ et HILLEMAUD.

Le siège de l'affection à droite n'apporte qu'un élément de diagnostic bien peu important, plusieurs auteurs ayant rapporté des cas d'abcès du poumon nettement amibiens siégeant à la base gauche. Mais l'un des cas exposés, celui de M. LAEDERICH, présente cette particularité de siéger au sommet gauche : c'est là une localisation exceptionnelle et nos recherches ne nous en ont apporté aucun autre exemple.

Enfin, dans tous les cas, les recherches d'amibes dans les selles et l'expectoration, demeurèrent toujours négatives et n'apportèrent donc, comme d'ailleurs dans beaucoup d'abcès amibiens, aucun appui au diagnostic.

Ainsi, dans les sept observations rapportées, aucun argument ne permit de porter un diagnostic formel et cependant, soit qu'un des symptômes précédents ait fait soupçonner l'amibiase, soit encore en souvenir des résultats obtenus dans des cas déjà publiés, les auteurs tentèrent la médication émétinienne ; les succès remarquables qu'ils obtinrent permettent de se demander s'il ne s'est pas réellement agi d'abcès amibiens.

Nous connaissons les bons résultats donnés par la médication émétinienne dans les affections aiguës et chroniques du poumon, mais jamais ils n'ont été aussi nets et aussi rapides que dans les abcès amibiens.

Bien que certains auteurs aient apporté des réserves à cette action surprenante de l'émétine dans les abcès amibiens, il faut bien admettre que dans la plupart des cas son action fut telle qu'on doit la considérer comme spécifique de l'amibiase. Les auteurs des observations précédentes sont d'accord pour reconnaître cette action spécifique, action d'ailleurs prouvée par l'expérimentation et la clinique (WEDDER, ROGERS). Le traitement par l'émétine constitue pour tous une véritable médication d'épreuve, une pierre de touche sans laquelle un diagnostic d'amibiase paraît incomplet et suspect. Et, si un tel diagnostic ne s'impose pas formellement lorsque l'émétine amène la guérison de tels abcès, c'est que nous ignorons encore son action sur les autres microbes (streptocoques, pneumocoques, catharralis, etc.). Il serait donc souhaitable que des expérimentations fussent faites sur des animaux inoculés de ces microbes. Mais le problème ne sera vraiment résolu que lorsque l'application de la médication émétinienne sera étendue chez l'homme aux abcès du poumon d'étiologie nettement déterminée, mais non amibiens. Dans cette extension de l'expérimentation à l'homme réside peut-être la clef du problème que nous ne pouvons résoudre. M. S. IAGNOV a ébauché une telle expérimentation, mais ses tentatives *in vitro* et *in vivo* tant sur la souris que sur l'homme n'ont pas donné de résultats probants.

Nous avons rapporté aussi complètement que possible dans ce bref travail les arguments invoqués par les uns et les autres ; aucun auteur n'est arrivé à des conclusions formelles : c'est dire la difficulté que tous ont eu à résoudre le problème ; mais la grande majorité, par les faits qu'ils rapportent, par les résultats de leurs recherches, soupçonnent l'amibe à l'origine de ces abcès pulmonaires. Leur analogie d'évolution clinique avec les abcès amibiens du poumon, leur réaction à l'émétine sont autant d'arguments qui permettent d'invoquer une telle étiologie.

Quelles que soient les conclusions formulées par leurs auteurs et les réserves qu'on peut leur apporter, l'étude des observations précédentes met en lumière l'importance de la médication émétinienne dans les abcès pulmonaires d'étiologie indéterminée. Dans les sept cas, l'émétine seule amena une guérison rapide et complète, contrôlée, d'ailleurs radiologiquement et cliniquement ; elle persista dans tous les cas, car les malades revus après un temps souvent très long ne présentaient aucun reliquat de leur affection.

Bien que nous soyons presque convaincus qu'aucune autre étiologie ne paraît discutable, en l'état actuel de nos connaissances, il nous est difficile de conclure fermement à la nature amibienne de l'affection.

Aussi sommes-nous amené à formuler les conclusions suivantes :

CHAPITRE V

Conclusions

1°) On observe des abcès du poumon dont la clinique ne peut établir l'origine amibienne et qui cependant guérissent avec une rapidité étonnante par le traitement émétinien ;

2°) On n'est pas en droit de conclure formellement de l'action thérapeutique de l'émétine à la nature amibienne ; toutefois, dans les cas à évolution chronique, l'argument thérapeutique est presque démonstratif ; il l'est beaucoup moins dans les abcès récents à évolution aiguë ;

3°) En présence de tout abcès pulmonaire, même s'il ne s'accompagne d'aucun argument clinique en faveur de l'amibiase, c'est un devoir pour le médecin de tenter le traitement émétinien d'épreuve ;

4°) Nous proposons de pratiquer dans ces cas des doses assez importantes d'émétine, et il nous semble que, pour obtenir les meilleurs résultats, un tel traitement doit être conduit de la façon suivante : il doit être injecté par voie

intra-veineuse ou sous-cutanée 0 gr. 04 d'émétine, matin et soir, jusqu'à sédation complète et prolongée des signes fonctionnels et généraux ; par la suite, le traitement peut être moins intensif.

Toutefois, on ne dépassera pas la quantité totale de 0 gr. 80 à 1 gramme d'émétine pour chaque série d'injections et par mois ;

5°) En outre, nous ne considérons ces cas comme réellement guéris que si les malades, suivis longtemps après la fin du traitement, ne présentent plus aucune manifestation, aucun reliquat clinique ou radiologique de leur affection ;

6°) Nous concluons enfin à la nécessité de pratiquer de temps en temps une cure émétinienne d'entretien.

Vu : *Le Doyen,*

ROGER.

Vu : *Le Président de Thèse,*

BEZANÇON.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- BABLET, MESNARD et STEPHANI. — *Note sur un cas d'abcès amibien du poumon gauche.* (Société Pathologie exotique, 10 déc. 1926.)
- BABONNEIX et Maurice LÉVY. — *Une observation d'abcès pulmonaire.* (Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 13 mars 1925, p. 382.)
- J. BAUR et PLISSON. — *Grand abcès du foie d'origine dysentérique, traité par la ponction évacuatrice et des injections d'émétine ; bulle gazeuse intra-hépatique. Guérison.* (Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 7 novembre 1913.)
- F. BEZANÇON et Etienne BERNARD. — *Volumineux abcès amibien du foie ayant par son début simulé une pneumonie et par ses vomiques une suppuration pulmonaire ; guérison par l'émétine.* (Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 30 décembre 1927.)
- F. BEZANÇON, JACQUELIN et CÉLICE. — *Abcès du poumon à staphylocoque doré. Guérison par l'autovaccinothérapie.* (Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 28 janvier 1927.)
- F. BEZANÇON, JACQUELIN et CÉLICE. — *Abcès du poumon à pneumocoque. Guérison sans traitement.* (So-

ciété Médicale des Hôpitaux de Paris, 28 janvier 1927.)

F. BEZANÇON et ETCHEGOIN. — *Bactériologie de la gangrène pulmonaire*. (Académie de Médecine, 8 mars 1927.)

F. BEZANÇON et ETCHEGOIN. — *Spir. Bronch. et gangrène pulmonaire*. (Soc. Biologie, 6 juin 1927.)

BRULÉ et HILLEMAUD. — *Abcès du poumon guéri par l'émétine*. (Société Médicale des Hôpitaux, 7 novembre 1924.)

BUNTING. — *Haematogenous amæbic abcess of the lung*. (Arch. f. Schiffs und Tropen Hygiène, tome X, p. 73.)

CAUSSADE et TARDIEU. — *Abcès amibien gangréneux du poumon droit indépendant d'un abcès amibien latent du foie chez un ancien colonial*. (Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 6 mars 1925.)

A. CHAUFFARD. — *Abcès dysentérique du foie ouvert dans les bronches. Guérison rapide par l'émétine*. (Académie de Médecine, 25 février 1913.)

A. CHAUFFARD. — *Etat hémoptoïque chronique consécutif à l'ouverture dans les bronches d'un abcès dysentérique du foie. Guérison par l'émétine*. (Bull. Société Médicale des Hôpitaux, 16 janvier 1914.)

A. CHAUFFARD. — *Grand abcès amibien du foie. Guérison rapide par le traitement chirurgical suivi de la cure d'émétine*. (Soc. Méd. Hôp. de Paris, 14 mars 1913.)

A. CHAUFFARD. — *Abcès dysentérique du foie avec vom-*

ques successives. Traitement par la ponction évacuatrice et l'émétine. (Société Méd. des Hôpitaux, 16 mai 1913.)

A. CHAUFFARD. — *Sur l'émétine dans les manifestations de l'amibiase.* (Presse Médicale, 14 mai 1913.)

A. CHAUFFARD. — *Posologie de l'émétine.* (Mémoires Société de Thérapeutique, 14 mai 1919.)

COFFIN. — *Contribution à l'étude des abcès du poumon.* (Thèse de Paris, 1925, n° 9.)

CORDIER-LERICHE et GARIN. — *Amibiase pulmonaire primitive et secondaire.* (Société Médicale des Hôpitaux de Lyon du 30 octobre 1923 ; Lyon Médical, n° 23.)

COUTEAUD. — *Abcès du foie, du poumon, du cerveau.* (Bulletin de l'Académie de Médecine, 1911, et Revue de Chirurgie, 1913.)

DARGEIN et DORÉ. — *Amibiase pulmonaire gauche pure guérie par l'émétine et le stovarsol.* (Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 3 avril 1925.)

DOPTER et PAURON. — *Contribution à l'étude de l'émétine dans les abcès dysentériques du foie.* (Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 28 novembre 1913.)

DOPTER. — *Traitement des lésions amibiennes par l'émétine.* (Paris Médical, 1^{er} novembre 1913.)

DUPONT. — *In « Trabaut ».* (Revue de Médecine et d'Hygiène tropicale de mars-avril 1928.)

Ch. FLANDIN et JOLTRAIN. — *Emploi de l'émétine dans le traitement des hémoptysies tuberculeuses.* (Soc. Méd. Hôp. de Paris, 11 avril 1913.)

- CH. FLANDIN et R. DUMAS. — *Gros abcès dysentérique du foie ouvert dans les bronches. Guérison par le traitement chirurgical et l'émétine.* (Société Méd. des Hôp. de Paris, 7 mars 1913.)
- FOUCAUD et SEGUIN. — *Abcès pulmonaire d'origine dysentérique.* (Archives de Médecine Navale, t. 94, 1910.)
- GARIN. — *In Cordier-Leriche et Garin.* (Société Médicale des Hôpitaux de Lyon, 30 octobre 1923.)
- GRASSET et FOURQUIER. — *Amibiase pulmonaire dans la banlieue parisienne.* (Bulletin de l'Académie de Médecine, 13 mars 1928.)
- GILLOT, SARROUY et BURN. — Société de Médecine d'Alger, 21 juin 1924.
- Jean HALLÉ et MOLLARET. — *Abcès du foie ouvert dans les bronches au cours d'un traitement par l'émétine. Guérison.* (Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 1927, p. 508.)
- S. IAGNOV. — *Le traitement des abcès pulmonaires non amibiens par le chlorhydrate d'émétine. Faits cliniques. Travaux expérimentaux.* (Annales de Médecine, juillet 1928, tome XXIV, n° 2.)
- JOLTRAIN et FLANDIN. — *Emploi de l'émétine dans le traitement des hémoptysies tuberculeuses.* (Société Méd. des Hôpit. de Paris, 11 avril 1913.)
- JOSUÉ et BELLOIR. — *Traitement des hémorragies intestinales par le chlorhydrate d'émétine.* (Soc. Méd. des Hôpit. de Paris, 30 janvier 1919.)
- JOSSERAND. — *Abcès dysentérique tardif du poumon sans abcès du foie.* (Dans Laferrière, thèse de Lyon, 1900.)

- R. KOURILSKY. — *Les abcès du poumon*. (Thèse de Paris, 1927.)
- L. LAEDERICH et G. POUMEAU-DELILLE. — *Un cas d'abcès du poumon guéri par l'émétine*. (Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 25 février 1929.)
- LAFERRIÈRE. — *Abcès dysentériques tardifs du poumon et du foie*. (Thèse de Lyon, 1900.)
- LAUTMAN. — *Contribution à l'étude de l'amibiase pulmonaire*. (Thèse de Paris, 1923.)
- LECLERC. — *Amibiase broncho-pulmonaire*. (Lyon Médical, 1923, p. 647.)
- LEMAIRE-DUMOLARD-LE GENISSEL et GRUNY. — *Un nouveau cas d'abcès amibien du poumon avec amibes dans les crachats*. (Société de Médecine d'Alger, 10 mai 1924.)
- A. LEMIERRE et R. KOURILSKY. — *Un cas d'abcès amibien du poumon confondu avec une pleurésie interlobaire et guéri par l'émétine*. (Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 26 janvier 1928.)
- M. LÉON KINDBERG. — *Les abcès du poumon*. (1928.)
- LERICHE. — *In Cordier-Leriche et Garin*. (Société Médicale des Hôpitaux de Lyon, 30 octobre 1923 ; Lyon Médical, n° 23.)
- LEROY DES BARRES. — *Amibiase intestinale et abcès du foie. Traitement par l'émétine et l'ouverture de l'abcès*. (Rapport de Morestin à la Société de Chirurgie, le 12 novembre 1913.)
- MARION. — *Abcès du poumon d'origine dysentérique. Guérison. Rapport de M. Tuffier*. (Bulletin Société Chirurgicale, 5 février 1908.)

- MAUREL. — *Contribution à l'étude expérimentale de l'émétine. Applications thérapeutiques.* (Bulletin de l'Académie de Médecine, 1914, p. 478.)
- MOREAU et CÉLICE. — *In thèse Offerlé 1928 (Paris), sur les abcès amibiens du poumon.*
- MOREAU et HILLEMAUD. — *In thèse Offerlé 1928 (Paris), sur les abcès amibiens du poumon.*
- MORESTIN. — *Rapport sur le travail de M. Leroy des Barres.* (Société de Chirurgie du 12 novembre 1913.)
- NATTAN-LARRIER. — *Un cas d'abcès pulmonaire d'origine dysentérique.* (Revue de Médecine et d'Hygiène tropicale, n° 4, 1906.)
- NATTAN-LARRIER. — *Un nouveau cas.* (Même revue, n° 2, 1907.)
- NORONKA. — *Hépto-pulmonary abscess treated by émé-tine.* (British Med. Journal, 23 mai 1914.)
- OFFERLÉ. — *Les abcès amibiens du poumon.* (Thèse de Paris, 1928.)
- PAISSEAU et SALOMON. — *Grands abcès du poumon. Etude radiologique.* (Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 7 avril 1922.)
- PISSAVY-BRÉGER et CHABRUN. — *Abcès amibien du poumon. Guérison par l'émétine.* (Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 25 juillet 1923.)
- L. RAMOND-DENOYELLE et LAUTMAN. — *Un cas d'amibiase pulmonaire pure, sans abcès du foie, guéri par l'émétine.* (Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 4 mai 1923.)
- Félix RAMOND et Jacques DURAND. — *Traitement des bron-*

chites aiguës et chroniques par les injections d'émétine. (Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 13 mars 1914.)

MAURICE RENAUD. — *Abcès du lobe supérieur du poumon à évolution chronique.* (Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 3 décembre 1926.)

L. RÉNON. — *Traitement de la pneumonie et de la broncho-pneumonie par l'émétine.* (Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 6 mars 1914.)

RIST, AMEUILLE et M^{lle} DE PFEFFEL. — *Un cas d'abcès amibien du poumon.* (Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 12 juin 1914.)

LÉONARD ROGERS. — *Amæbic colitis in India.* (The lancet, 19 octobre 1912, p. 1.062 ; Therapeutic Gazette, 15 décembre 1912, p. 837.)

LÉONARD ROGERS. — *The rapid cure of amæbic dysentery and hepatitis by the hypodermic injections of soluble salts of emetine.* (Brit. Med. Journal, 22 juin 1912.)

SIMONIN. — *Abcès multiples et indépendants du foie et du poumon droit, consécutifs à une dysenterie amibienne contractée au Maroc.* (Soc. Médic. des Hôpit. de Paris, 1914.)

TRABAUT. — *Abcès du poumon d'origine indéterminée guéri par l'émétine.* (Revue de Médecine et d'Hygiène tropicales, mars-avril 1928.)

TRABAUT. — *Un nouveau cas d'amibiase pulmonaire pure, sans abcès du foie, guéri par l'émétine (abcès du poumon).* (Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 27 juillet 1923.)

- TUFFIER. — *Rapport à la Société de Chirurgie du 5 février 1908, sur le cas de M. Marion (abcès dysentérique du poulmon, intervention, guérison).*
- VALENCE. — *Abcès du foie traité par la méthode de Rogers. Cure d'émétine contre l'amibiase.* (Soc. Méd. des Hôpit. de Paris, 25 juillet 1923.)
- E. B. VEDDER. — *An experimental study of the action of ipecacuanha on amœbae.* (Far Eastern Assoc. trop. Med., second biennal Congres, Hong-Kong, 1912 ; analysé in Tropical diseases Bulletin, 1912, p. 175.)
- VEDEL, PUECH et SICARD. — *Abcès dysentérique du poulmon guéri par l'émétine.* (Société de Médecine et de Biologie de Montpellier et du Languedoc, 14 novembre 1924.)
- VIALARD et PAPONNET. — *Un cas d'amibiase pulmonaire pure à rechutes, définitivement guéri par le stovarsol, l'émétine et le tréparsol.* (Soc. Méd. des Hôpit. de Paris, 9 mars 1928.)
- P. E. WEIL et LAMY. — *Un cas d'abcès amibiasique du poulmon guéri par l'émétine.* (Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 17 octobre 1924.)
- WILD. — *The clinical use of ipecacuanha alcaloids.* (The Lancet, 6 septembre 1902.)
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION.	11
CHAPITRE I. — Historique.	13
CHAPITRE II. — Etude clinique des abcès du poumon.	21
CHAPITRE III. — Observations d'abcès du poumon d'étiologie discutable, traités et guéris par l'émétine. Commentaires sur ces observations.	26
CHAPITRE IV. — Discussion générale.	71
CHAPITRE V. — Conclusions.	75
BIBLIOGRAPHIE.	77

